

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL: DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE  
COLETIVA**

**DANIELA GARBIN NEUMANN**

**MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE  
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS  
OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2014**



DANIELA GARBIN NEUMANN

MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE  
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS  
DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Odontologia, Área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

**Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Mirelle Finkler**

Florianópolis – SC  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Neumann, Daniela Garbin  
Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar :  
uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos  
no Brasil / Daniela Garbin Neumann ; orientador, João  
Carlos Caetano ; coorientadora, Mirelle Finkler. -  
Florianópolis, SC, 2014.  
262 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Saúde Coletiva. 3. Serviços de saúde  
bucal. 4. Planos odontológicos. 5. Sistema Único de Saúde -  
SUS. I. Caetano, João Carlos. II. Finkler, Mirelle. III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia. IV. Título.

Daniela Garbin Neumann

**MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE  
SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS  
OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL**

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do título de **“Doutora em Odontologia”** e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2014.

---

Prof<sup>a</sup>. Izabel Cristina Santos Almeida, Dr<sup>a</sup>.  
Coordenador do Programa

Banca Examinadora:

---

Prof. João Carlos Caetano, Dr.  
Orientador - UFSC

---

Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck, Dr.  
UFMG

---

Prof<sup>a</sup>. Daniela Lemos Carcereri, Dr<sup>a</sup>.  
UFSC

---

Prof. Cláudio José Amante, Dr.  
UFSC

---

Prof<sup>a</sup>. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr<sup>a</sup>.  
UFSC



*“Amar profundamente uma pessoa  
nos dá **força**;  
Ser amado profundamente por alguém  
nos confere **coragem**.”  
Lao Tsé*

A você, Gustavo, por me permitir ter  
**força e coragem**, dedico com todo  
meu amor este trabalho.





## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que me possibilitou ter ao lado todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

À UFSC e ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pela oportunidade de realizar o doutorado, especialmente a todos os professores da área de concentração em Saúde Coletiva, à coordenação do curso e à secretária Ana Maria Vieira Frandolozo.

Ao meu orientador, professor Caetano, por toda a dedicação para com este trabalho, por seu contínuo incentivo ao meu aprimoramento como acadêmica, pelo respeito à minha autonomia enquanto pesquisadora e pela amizade que se construiu ao longo destes quatro anos de convivência.

À minha co-orientadora Mirelle, por ter aceitado o desafio de me introduzir ao mundo da pesquisa qualitativa, pelas suas sempre pertinentes contribuições, por compartilhar seu precioso tempo e atenção em todos os momentos da pesquisa.

Ao professor Carlos Roberto Quiñonez, por ter me proporcionado a inesquecível experiência de realizar meu estágio de doutorado “sanduíche” junto ao *Specialty Training Program in Dental Public Health*, na Faculdade de Odontologia da Universidade de Toronto, Canadá, pela sua dedicação e profissionalismo durante o período em que trabalhamos juntos, e que levo como um exemplo a ser seguido na carreira acadêmica.

À professora Anne-Emanuelle Birn, por viabilizar minha participação nas atividades do *Collaborative Doctoral Program in Global Health*, na Escola de Saúde Pública Dalla Lana, da Universidade de Toronto, permitindo que eu pudesse conviver com colegas de diferentes países e diferentes realidades de saúde pública.

À CAPES, pelo financiamento de todo o meu curso de doutorado, através da concessão de bolsas no Brasil e no exterior, e ao CNPq, pelo auxílio financeiro para a realização da pesquisa que deu origem a esta tese.

A todos os sujeitos que participaram da pesquisa, pela receptividade e disponibilidade de contribuir com a coleta de dados, em especial aos representantes das operadoras que nos receberam durante a fase qualitativa do estudo.

Aos professores, que com muita generosidade aceitaram participar da banca de defesa desta tese, Marcos Azeredo Furquim Werneck (UFMG), Daniela Lemos Carcereri, Cláudio José Amante e

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello (UFSC), pelas valiosas contribuições ao aprimoramento do nosso trabalho. Um agradecimento especial à professora Lígia Bahia (UFRJ), que na impossibilidade de estar presente na banca, nos enviou seu parecer de avaliação.

A todos os colegas da área de concentração em Saúde Coletiva, turma de 2010, pelo convívio agradável e enriquecedor. Em especial às colegas Daniela de Rossi Figueiredo e Gianina Salton Mattevi, pelo companheirismo durante as disciplinas, trabalhos, congressos, viagens, e por toda a amizade.

Agradeço também às pessoas da minha família que durante todo o período de realização do doutorado, de alguma forma estiveram ao meu lado e me incentivaram, seja com palavras ou pensamentos: Graciela e Carlos, Taynara e Guilherme, Gladis e Ari, Julie e meu irmão Maurício; pude sentir toda a força e energia de todos vocês.

Aos meus amados pais, Nereu e Rosângela e meu filho Maurício (Jujo!), agradeço especialmente, por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos desta etapa que agora se encerra, suportando minhas ausências, se alegrando com as minhas conquistas, vivendo comigo esta busca pela minha realização profissional, enfim, por tanto amor.

Finalmente, agradeço ao meu querido marido Gustavo, meu companheiro de todas as horas, pelo apoio incondicional, por não medir esforços para me permitir realizar meus sonhos, até mesmo fazendo da minha realidade a sua realidade, e mais ainda, por ter transformado para sempre a minha vida.

### **“Logias e Analogias**

No Brasil a medicina vai bem  
mas o doente ainda vai mal.  
Qual o segredo profundo  
desta ciência original?  
É banal: certamente  
não é o paciente  
que acumula o capital.”

(Cacaso, 1974)



## RESUMO

NEUMANN, DANIELA GARBIN. **Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar**: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 262p.

A política de saúde no Brasil seguiu, a partir dos anos 80, uma trajetória baseada em uma concepção universalizante de saúde, a qual culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, observou-se considerável expansão do setor de saúde suplementar a partir desta época, o qual chega a cobrir atualmente mais de um quarto da população brasileira. Por conta desta realidade, a odontologia se depara atualmente com dois movimentos concomitantes: o primeiro consiste no fortalecimento de políticas públicas trazendo a saúde bucal como importante questão na agenda de prioridades em saúde; o segundo aponta para o crescimento acentuado do segmento odontológico da saúde suplementar. Este crescimento traz desafios para a regulação e para as atividades desenvolvidas no setor, uma vez que há peculiaridades da segmentação odontológica na saúde suplementar que precisam ser investigadas e analisadas, com vistas à qualificação da atenção aos beneficiários. Deste modo, o objetivo deste estudo de caso de abordagem quanti/qualitativa foi analisar o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar a partir das operadoras de planos odontológicos em atividade no Brasil. Partindo da delimitação do objeto por meio de um marco conceitual, elaborado na interface dos elementos do referencial teórico, procedeu-se à coleta de dados, através de questionários, análise de documentos das operadoras e entrevistas com informantes-chave. Os resultados foram apresentados em função de uma matriz de análise do objeto, também construída a partir do marco conceitual, e composta pelas dimensões política, organizativa e assistencial do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar. Com relação à dimensão política, analisaram-se as relações e os conflitos que se estabelecem entre operadoras, prestadores, beneficiários e Agência Reguladora, além das formas como as operadoras se articulam com o SUS, como se dá a incorporação de tecnologias e as estratégias das operadoras frente ao crescimento do mercado de planos odontológicos. Na dimensão organizativa, desvendou-se o processo de gestão das operadoras e como este interfere no modelo de atenção

praticado, bem como o emprego de diversos mecanismos microrregulatórios envolvendo os beneficiários. Também foi analisada a utilização de sistemas de informação e o gerenciamento do trabalho dos prestadores. Na dimensão assistencial, foi possível conhecer a lógica que orienta a atenção à saúde bucal dos beneficiários, quanto às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais e o uso de ferramentas de capacitação, com foco na integralidade da atenção. A análise dos resultados permitiu perceber que o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar reproduz não o modelo concebido para o SUS, mas o modelo hegemônico já consolidado no setor privado, o qual, por sua característica de prática curativa e individual, pouco tem contribuído para mudanças no perfil de distribuição das doenças bucais entre a população do país. Salienta-se a necessidade de discutir criticamente o papel do Estado, tanto como regulador deste mercado, quanto como indutor de um modelo de atenção que realmente viabilize a saúde bucal como direito de cidadania.

**Palavras-chave:** Odontologia. Planos odontológicos. Seguros privados de saúde. Serviços de saúde bucal. *Mix* público-privado. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

NEUMANN, DANIELA GARBIN. **Oral health care within the private health insurance sector: analysis from the point of view of dental insurance companies in Brazil.** 2014. Thesis (Degree of Doctor of Dentistry) - Graduate Program in Dentistry, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 262p.

From 80's, health policy in Brazil followed a trajectory based on an universalist conception of health that led to the creation of the Unified Health System (SUS). At the same time, there was a considerable expansion of the private health insurance sector, which currently covers more than a quarter of the Brazilian population. Owing to this fact, dentistry is presently confronted with two concomitant movements: the first encompasses the strengthening of public policies that considers oral health as an important issue in the agenda of health priorities, and the second points to the pronounced increment of dental care plans within the private health insurance sector. This expansion brings challenges for the regulation and the activities developed in the private sector, since there are peculiarities of dental care plans that must be investigated and analyzed, focused on qualify the attention to the beneficiaries. Thus, the objective of this case study with a quantitative/qualitative approach was to analyze the configuration of oral health care within the private health insurance sector, from the point of view of dental insurance companies in Brazil. Based on a conceptual framework used to delimit the object of this study, established at the interface of elements from the theoretical background, data were collected through questionnaires, documents and interviews with key informants. The results were presented on the basis of an analysis template, also built in relation to the conceptual framework, and formed by the political, the organizational and the assistance dimensions of oral health care within the private health insurance sector. With regards to the political dimension, we analyzed the relationships and conflicts that develop between companies, oral health care providers, beneficiaries and the Regulatory Agency, in addition to the ways in which companies make connections with the SUS, how does the technology incorporation occur and which are the strategies used by the companies to face the market growth. The organizational dimension unveiled the companies managing process and how it induces to certain ways to deliver oral health care, as well as the use of various regulatory

mechanisms involving the beneficiaries. The use of information systems and the work management relating to oral health care providers were also analyzed. In the assistance dimension, it was possible to know the logic that guides dental health services delivered to the beneficiaries, regarding health promotion and prevention of oral diseases and the use of training tools, focusing on comprehensive health care. It appears that oral health care within the private health insurance sector does not reproduce the approaches to care proposed for the SUS, but the way of delivering oral health care already established in the private health sector, such that, due to the curative and individual features, it has not been sufficient to change the distribution pattern of oral diseases among the population. We emphasize the need to critically discuss the role of the State, both as regulating this market, as inducing a health care approach that really support oral health as a right of citizenship.

**Keywords: Dentistry. Dental care plans. Private health insurance. Dental health services. Public-private mix. Unified Health System.**



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo conceitual dos fatores que interferem no modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar	<b>76</b>
<b>Figura 2.</b> O modelo de atenção crônica (CCM)	<b>86</b>
<b>Figura 3.</b> O modelo da Pirâmide de Riscos	<b>87</b>
<b>Figura 4.</b> O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead	<b>88</b>
<b>Figura 5.</b> O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	<b>89</b>
<b>Figura 6.</b> Cartografia do campo regulatório da ANS	<b>95</b>
<b>Figura 7.</b> Matriz de análise do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, suas dimensões e componentes	<b>120</b>



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1.</b> Revisão comparativa sobre alguns sistemas de saúde no mundo e o sistema brasileiro.	<b>44</b>
<b>Quadro 2.</b> Indicadores Odontológicos do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2012.	<b>58</b>
<b>Quadro 3.</b> Diferenças entre o sistema fragmentado e as redes de atenção à saúde.	<b>81</b>
<b>Tabela 1.</b> Caracterização das operadoras participantes do estudo.	<b>118</b>
<b>Tabela 2.</b> Mecanismos de comunicação e/ou contato com os beneficiários.	<b>121</b>
<b>Tabela 3.</b> Divergência entre operadoras e prestadores quanto aos procedimentos realizados.	<b>133</b>
<b>Tabela 4.</b> Caracterização da rede assistencial das operadoras investigadas quanto à natureza.	<b>150</b>
<b>Tabela 5.</b> Instrumentos utilizados para informar os beneficiários das operadoras investigadas.	<b>154</b>
<b>Tabela 6.</b> Mecanismos de controle de acesso e utilização para procedimentos odontológicos nas operadoras investigadas.	<b>155</b>
<b>Tabela 7.</b> Mecanismos de controle de acesso e utilização para exames complementares nas operadoras investigadas.	<b>156</b>
<b>Tabela 8.</b> Critérios adotados para o direcionamento de beneficiários a determinado prestador nas operadoras investigadas.	<b>160</b>
<b>Tabela 9.</b> Adoção de protocolos clínicos pelas operadoras investigadas.	<b>162</b>
<b>Tabela 10.</b> Critérios para seleção dos prestadores nas operadoras investigadas, em ordem de preferência.	<b>165</b>
<b>Tabela 11.</b> Linhas de cuidado e/ou grupos de beneficiários para acompanhamento nas operadoras investigadas.	<b>173</b>
<b>Tabela 12.</b> Métodos para capacitação dos profissionais utilizados nas operadoras investigadas.	<b>179</b>



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>25</b>
<b>2 PERGUNTAS DE PESQUISA E OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
2.1 PERGUNTAS DE PESQUISA	31
2.2 OBJETIVOS	31
2.2.1 Objetivo Geral	31
2.2.2 Objetivos Específicos	31
<b>3 MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>33</b>
3.1 SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE	33
3.1.1 Estados Unidos	35
3.1.2 Canadá	36
3.1.3 França	38
3.1.4 Reino Unido	39
3.2 CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	40
3.3 O SUBSISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR	45
3.3.1 Marco regulatório e regulação	45
3.3.2 Perfil do segmento odontológico	47
3.3.3 A promoção da saúde na saúde suplementar e a odontologia	53
3.3.4 A odontologia e a Política de Qualificação da saúde suplementar	56
3.4 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	59
3.5 MODELOS ASSISTENCIAIS NA ODONTOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	66
<b>4 MARCO CONCEITUAL</b>	<b>75</b>
4.1 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS	77
4.1.1 A consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)	79
4.1.2 As atuais propostas de modelo de atenção às condições crônicas	85
4.2 O SUBSISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR E O <i>MIX</i> PÚBLICO-PRIVADO DO SISTEMA BRASILEIRO	92
4.3 A MACRORREGULAÇÃO E A MICRORREGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR	94
4.4 DIMENSÕES PARA A ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR	98
4.4.1 Dimensão Política	99

<b>4.4.2 Dimensão Organizativa</b>	<b>100</b>
<b>4.4.3 Dimensão Assistencial</b>	<b>100</b>
<b>5 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>101</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO	101
5.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	103
5.3 COLETA DE DADOS	105
<b>5.3.1 Etapa quantitativa</b>	<b>105</b>
<b>5.3.2 Etapa qualitativa</b>	<b>107</b>
5.4 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS	110
<b>5.4.1 Etapa quantitativa</b>	<b>110</b>
<b>5.4.2 Etapa qualitativa</b>	<b>111</b>
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	113
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>117</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS PARTICIPANTES	117
6.2 O MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PRATICADO NAS OPERADORAS INVESTIGADAS	119
<b>6.2.1 Dimensão política</b>	<b>120</b>
6.2.1.1 <i>Relações das operadoras com os beneficiários</i>	120
6.2.1.2 <i>Relações das operadoras com a ANS</i>	123
6.2.1.3 <i>Relações das operadoras com o SUS</i>	126
6.2.1.4 <i>Relações das operadoras com os prestadores</i>	131
6.2.1.5 <i>Conflitos presentes nestas relações</i>	132
6.2.1.6 <i>Parcerias</i>	137
6.2.1.7 <i>Incorporação de novas tecnologias</i>	138
6.2.1.8 <i>Crescimento no mercado de planos odontológicos</i>	142
6.2.1.9 <i>Disputas no mercado de planos odontológicos</i>	145
6.2.1.10 <i>A complexidade da dimensão política do modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar: principais questões levantadas</i>	148
<b>6.2.2 Dimensão organizativa</b>	<b>149</b>
6.2.2.1 <i>Formas de gestão e gerência</i>	149
6.2.2.2 <i>Caracterização da rede assistencial</i>	152
6.2.2.3 <i>Acolhimento ao cliente</i>	153
6.2.2.4 <i>Mecanismos de controle de acesso</i>	155
6.2.2.5 <i>Fluxo e direcionamento de beneficiários</i>	159
6.2.2.6 <i>Sistemas de informação</i>	161
6.2.2.7 <i>Gestão dos prestadores</i>	162

6.2.2.8 <i>A lógica da dimensão organizativa do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma síntese</i>	170
<b>6.2.3 Dimensão assistencial</b>	<b>171</b>
6.2.3.1 <i>Peculiaridades da segmentação odontológica</i>	171
6.2.3.2 <i>Ações de promoção e prevenção em saúde bucal</i>	173
6.2.3.3 <i>Adoção de práticas de gerenciamento do cuidado</i>	177
6.2.3.4 <i>Projetos de desenvolvimento técnico-científico e capacitação</i>	179
6.2.3.5 <i>Integralidade da atenção em saúde bucal</i>	181
6.2.3.6 <i>A mercantilização da dimensão assistencial do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: comentários centrais</i>	183
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>185</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>213</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>245</b>





## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A política de saúde no Brasil seguiu, a partir dos anos 80, uma trajetória baseada em uma concepção universalizante de saúde, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária, que em 1988, após intensa mobilização, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inserindo na Constituição o direito à saúde como um dos direitos sociais. Ao mesmo tempo, observou-se um elevado crescimento do setor de saúde suplementar a partir desta época, o qual chega a cobrir atualmente mais de um quarto da população brasileira (MALTA, 2001; CARVALHO; CECÍLIO, 2007; ANS, 2013a).

Para explicar este paradoxo, alguns autores afirmam que a expansão da clientela do sistema público, que passa a ser universal, não foi acompanhada de um proporcional aumento dos recursos, impondo uma racionalização dos serviços e consequente queda na qualidade e acessibilidade. Este crescente desfinanciamento da saúde pública reforçado pelas políticas de corte neoliberal, fez com que os indivíduos de classe média migrassem ainda mais para os planos e seguros privados de saúde. O aumento da adesão de novos estratos de trabalhadores, particularmente de funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações, tornaram o setor de saúde suplementar atraente aos investimentos de grupos econômicos privados, os quais passaram a estabelecer relações diretas com as empresas contratantes (MALTA, 2001; BAHIA, 2001; FARIAS; MELAMED, 2003; ALVES; BAHIA; BARROSO, 2009).

Porém, a complexidade do sistema de saúde brasileiro não permite explicações simplificadas. Neste sentido, Fleury (1994) aponta que as mudanças do modelo de seguridade social ocorrido no Brasil a partir da Constituição de 1988 caracterizam uma reforma universal com inclusão segmentada, ou seja, diversos "cidadãos" cobertos por diversos benefícios sociais. Esse movimento, caracterizado por Faveret e Oliveira (1989) *apud* Mendes (2001) como “universalização excludente”, no qual a expansão da universalização do sistema de saúde veio acompanhada pela exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado, acaba por criar um sistema plural de saúde, composto por três subsistemas: o subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva (SAMS) e o subsistema de desembolso direto (SDD). O primeiro, um sistema público, os dois últimos, sistemas privados. Assim, ao contrário do que a expressão “sistema único” dá a entender, no Brasil, há um sistema de saúde plural e segmentado (MENDES, 2001).

De 1991 a 1998, desenrolou-se no Congresso Nacional o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, que culminou com a aprovação da Lei nº 9.656, em 03 de junho de 1998, e posteriormente com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000 (BRASIL, 1998; 2000). Este processo de reorganização acaba por incluir o mercado privado de saúde na agenda governamental, ao passo que preenche uma lacuna histórica desde a Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que sequer haviam mencionado sobre a necessidade de regulação do setor (SCHEFFER; BAHIA, 2005; SILVA, 2006; CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

A Lei nº 9.656/98 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e estabelece os principais marcos da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários (BRASIL, 1998). Antes da publicação desta lei, no caso de conflitos com operadoras e planos de saúde, os consumidores somente podiam recorrer ao Código de Defesa do Consumidor, sendo frequente a presença do assunto nos Programas de Defesa do Consumidor (PROCON), tribunais e meios de comunicação (SCHEFFER; BAHIA, 2005; PIETROBON *et al.*, 2008; ANS; AMB; CFO, 2009).

Posteriormente, em 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.961 cria a ANS, uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Conforme o art. 3º da lei, a ANS

terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2000).

Uma vez que o SUS não conseguiu, até hoje, garantir a universalidade de acesso, e o setor de saúde suplementar tem ocupado um papel significativo na oferta e prestação de serviços no país, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos que contribuam para o entendimento da atual conformação do sistema de saúde brasileiro em busca de uma maior resolubilidade do conjunto da rede de serviços e da

formulação de uma política regulatória mais abrangente (CONILL *et al.*, 2009).

A expansão da saúde suplementar nos últimos anos pode ser verificada a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Dados coletados para a PNAD de 1998 estimavam em 38,7 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde (BRASIL, 2000a). Já em 2003, este número passou para 43,2 milhões de pessoas e em 2008, foram identificados pela PNAD cerca de 49,2 milhões de pessoas com pelo menos um plano de saúde (BRASIL, 2010).

Também se pode perceber o crescimento do setor pelos resultados do Censo Demográfico de 2010, aliados aos dados do Caderno de Informações da ANS de setembro de 2013. Estes apontam que mais de 25% (49,2 milhões) da população brasileira, que é de cerca de 190,7 milhões de habitantes, são beneficiários de planos de assistência médica com ou sem odontologia, e em torno de 10% (19,1 milhões) são beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. A maior concentração de beneficiários está na região sudeste, onde a taxa de cobertura chega a 38,3% no segmento médico e 13,8% no segmento odontológico (BRASIL, 2011; ANS, 2013a).

Do ponto de vista do mercado odontológico, o aumento do número de profissionais, aliado à queda do desembolso direto dos pacientes para custear os tratamentos, levou à crise do modelo liberal por conta da sua baixa sustentabilidade econômica. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em 2002/2003 os brasileiros gastavam em média R\$9,59 em consultas e tratamentos dentários, sendo que na em 2008/2009 este valor caiu para R\$7,29 (IBGE, 2004; 2010). Frente a essa situação, os profissionais de odontologia têm criado estratégias de permanência no mercado por meio de modelos associativos ou empresariais, causando mudanças profundas no exercício profissional da odontologia no Brasil (VIEIRA; COSTA, 2008; GARBIN *et al.*, 2013).

Este processo transicional da profissão odontológica vem ocorrendo ao longo do tempo, sendo que Paixão (1979), em seu trabalho seminal sobre o mercado de trabalho do cirurgião-dentista, já alertava que o surgimento de múltiplas formas de integração dos profissionais da odontologia no mercado de trabalho, hoje representadas principalmente pelo credenciamento aos planos de saúde, tem caracterizado a perda progressiva da autonomia profissional. Neste sentido, o cirurgião-dentista, embora trabalhando em consultório próprio, passa a não ter

controle sobre a sua prática, uma vez que não define a sua clientela, os procedimentos a serem realizados nem tampouco os valores a serem cobrados. Desta forma, observa-se no Brasil uma estagnação do setor privado autônomo e uma expansão gradativa e consolidada do segmento odontológico da saúde suplementar.

Por conta desta realidade, a odontologia no Brasil se depara atualmente com dois movimentos concomitantes: o primeiro consiste no fortalecimento de políticas públicas trazendo a saúde bucal como importante questão na agenda de prioridades em saúde; o segundo aponta para o vigoroso crescimento da oferta de serviços odontológicos no âmbito da saúde suplementar. Este crescimento traz desafios para a regulação e para as atividades desenvolvidas no setor, uma vez que há peculiaridades da segmentação odontológica na saúde suplementar que precisam ser investigadas e analisadas, com vistas à qualificação da atenção aos beneficiários (BRASIL, 2005; ANS, 2009; MANFREDINI *et al*, 2012).

A expressão “modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde”, é utilizada no campo da saúde coletiva para caracterizar o conjunto de estruturas, práticas profissionais, conhecimentos e tecnologias disponíveis sobre o cuidado no processo saúde-doença e os modos de organização dos serviços e do trabalho em saúde, que são formalmente e historicamente institucionalizados e legalizados em uma dada sociedade (CONILL *et al.*, 2009).

Segundo Paim (1999), modelo assistencial consiste na organização das ações para intervir no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda.

No que se refere ao modelo de atenção na saúde suplementar, é importante refletir sobre os mecanismos de acesso aos diferentes níveis de complexidade e a resolubilidade dessas ações. Essas características são fundamentais na análise do modelo, ou seja, percebe-se que as discussões sobre a regulação e a assistência são indissolúveis, na garantia do acesso à rede de serviços em todos os níveis. A ação cuidadora implica em mecanismos de responsabilização por parte da

operadora e dos prestadores de serviço, em uma ação integral, na qual não há interrupção nem segmentação do cuidado (MALTA *et al.*, 2004).

A sociedade brasileira, por meio da Constituição Federal, definiu suas intencionalidades e seus princípios no que se refere à saúde, materializando-os no SUS, que se propõe universal, integral e equânime. Ao setor privado cabe organizar-se de forma complementar ao público, ou seja, o estudo de modelos de atenção na saúde suplementar não é desvinculado do entendimento global do funcionamento do SUS. A compreensão e a análise da saúde suplementar devem considerar, portanto, as experiências e modelagens produzidas no público, com o objetivo de compará-las e assim estabelecer novos conhecimentos e práticas mais coerentes com seus princípios (MALTA *et al.*, 2004).

Deste modo, torna-se importante analisar de que forma o segmento odontológico da saúde suplementar, representado neste estudo pelas operadoras de planos odontológicos, tem organizado a atenção em saúde bucal para os seus beneficiários. A partir desta análise, pretende-se avaliar a necessidade de mudanças para que o modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar esteja mais próximo dos princípios do SUS. A escassez de estudos que tratam do universo dos planos odontológicos indica a originalidade desta pesquisa, cuja relevância se apoia na importância de estudar e propor referenciais de modelos de atenção em saúde bucal na saúde suplementar que visem à garantia de acesso, ao vínculo e responsabilização para com o beneficiário, à integralidade da assistência e ao monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Há o desafio de aproximar o modelo de atenção praticado no setor suplementar do modelo preconizado pelo SUS – que tem como princípios a universalização do acesso, a integralidade e a equidade, com ênfase no acolhimento, nas linhas de cuidado e na construção de vínculo com o usuário. No que se refere à odontologia, a melhoria das condições de saúde bucal da população também depende do fortalecimento de políticas públicas reguladoras que busquem a qualidade e integralidade da atenção tanto no âmbito público como no privado (GARBIN *et al.*, 2013).



## **2 PERGUNTAS DE PESQUISA E OBJETIVOS**

### **2.1 PERGUNTAS DE PESQUISA**

- a) Como se organiza a atenção à saúde bucal no âmbito da saúde suplementar no Brasil?
- b) São necessárias mudanças na produção do cuidado à saúde para que os princípios do SUS sejam incorporados ao modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar? Quais?

### **2.2 OBJETIVOS**

#### **2.2.1 Objetivo geral**

Analisar o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil.

#### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Conhecer a perspectiva das operadoras sobre suas relações com a ANS, com o SUS, com os beneficiários e com seus prestadores;
2. Entender como se organiza a gestão nas operadoras investigadas e como esse processo interfere no modelo de atenção praticado;
3. Conhecer as práticas assistenciais em saúde bucal estimuladas pelas operadoras investigadas;
4. Analisar as deficiências e potencialidades do atual modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar;
5. Propor mudanças no modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, a fim de que os princípios do SUS o conformem.





### 3 MARCO CONTEXTUAL

Com o objetivo de compreender o objeto deste estudo dentro do amplo e complexo ambiente no qual se insere, foi realizada inicialmente uma breve revisão comparativa acerca de alguns sistemas de saúde em países selecionados, para então caracterizar o sistema de saúde brasileiro.

A partir desta caracterização, foi possível situar o subsistema de saúde suplementar quanto ao seu marco regulatório, para então adentrarmos nas questões referentes à odontologia, ou seja, o perfil do segmento odontológico na saúde suplementar e os reflexos das políticas de Promoção da Saúde e Qualificação da Saúde Suplementar propostas pela ANS neste segmento. Também foi necessário entender a evolução do que denominamos “modelo de atenção à saúde” e suas implicações nas formas de organização da assistência à saúde e à saúde bucal, ao longo do tempo.

Para a construção do marco contextual, foram considerados materiais publicados em língua portuguesa e inglesa, incluindo artigos, dissertações e teses, livros, publicações oficiais e documentos disponibilizados pela ANS.

#### 3.1 SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE<sup>1</sup>

Os sistemas de saúde do mundo contemporâneo mostram algumas semelhanças em função de políticas sociais que se tornaram gradativamente mais inclusivas, pela difusão de avanços tecnológicos e também por grandes contradições geradas pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor (CONILL, 2008). No entanto, uma complexa interação de fatores, incluindo o contexto histórico, político, econômico e social nos quais decisões são tomadas, bem como a própria organização e o grau de articulação público-privada na prestação dos serviços, revelam diferenças quanto ao acesso das populações e ao desempenho destes diversos sistemas.

---

<sup>1</sup> Alguns dados que constam nesta seção foram extraídos de uma análise comparativa sobre sistemas de saúde e saúde bucal nos Estados Unidos, Reino Unido, França Canadá e Brasil, realizada pela pesquisadora durante seu estágio de doutorado “sanduíche” na Universidade de Toronto, Canadá, em 2013. Este trabalho dará origem a dois artigos científicos, os quais se encontram em fase de elaboração.

A organização dos sistemas de saúde se insere na organização dos países quanto às formas de direitos e políticas sociais, os quais conformam os regimes de proteção social, que visam ao atendimento das necessidades básicas das pessoas e à garantia das condições mínimas de igualdade entre os cidadãos de um país. A classificação de Esping-Andersen (1990) tem sido a mais utilizada para descrever os regimes de proteção social, e sugere a existência de três tipos de regime: o regime liberal, o conservador ou regime de seguro social e o socialdemocrata. O regime liberal é caracterizado por mínima provisão de benefícios, a partir de rigorosos critérios de elegibilidade, com base na condição de pobreza; ocorre, portanto, clara divisão entre aqueles que dependem da ajuda do Estado e aqueles que são capazes e acessar serviços privados. Exemplos de países com características deste regime são os Estados Unidos e a Suíça.

No regime conservador ou de seguro social, os sistemas de proteção são muitas vezes relacionados com os níveis de renda, ou seja, organizados de forma diferente para cada grupo social. Este modelo, administrado através dos empregadores, foi concebido na Alemanha a partir do século XIX, tendo influenciado muitos países, inclusive o sistema de previdência social brasileiro. Tal regime é orientado no sentido de manter os padrões sociais existentes, pois tem por base as contribuições das diferentes categorias profissionais durante sua vida produtiva. Hoje, é adotado por muitos países europeus, como a França, além de alguns países da América Latina e da Ásia (ESPING-ANDERSEN, 1990; CONILL, 2008; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

O regime de bem-estar socialdemocrata propõe que as políticas e serviços sociais sejam entendidos como direitos do cidadão, abrangendo a sociedade de forma igualitária. É caracterizado não apenas por seus benefícios universais e comparativamente generosos, mas também por um Estado fortemente intervencionista que procura promover a igualdade através de um sistema de segurança social redistributivo. A criação, no Reino Unido, do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*), em 1948, segue os princípios deste regime, considerando a saúde como direito de cidadania (ESPING-ANDERSEN, 1990; CONILL, 2008; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Sabe-se que hoje, não existem sistemas puros, pois a maioria dos países combinam diferentes formas de sistema. Por exemplo, nos Estados Unidos, apesar de predominar o sistema privado, há planos públicos destinados aos idosos e muito pobres. Já no Brasil, o sistema é

público de acesso universal, mas convive com o setor privado na prestação dos serviços (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Uma vez que a forma de organização dos sistemas de saúde está relacionada aos tipos de regimes de proteção social, é necessário estabelecer a diferença entre sistemas de saúde e sistemas de serviços ou de cuidados de saúde. Os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em um sentido ampliado, resultado de uma complexa interação entre diversos sistemas sociais. De um modo geral, as comparações se referem ao desempenho dos serviços, quanto à forma de acesso, fontes de financiamento, organização e prestação dos serviços (CONILL, 2008; RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Os países escolhidos para esta breve revisão comparativa são os Estados Unidos, o Canadá, a França e o Reino Unido, por representarem sistemas de serviços de saúde com diferentes configurações, permitindo estabelecer pontos convergentes e divergentes com a dinâmica e as tendências de organização do sistema de saúde brasileiro.

### 3.1.1 Estados Unidos

A competição entre as forças de mercado constitui, de longa data, parte da ideologia político-societária americana. Nesse vasto território onde vivem mais de 300 milhões de pessoas, persiste a lógica privada da assistência à saúde, apesar dos esforços ao longo da história na busca por um sistema nacional de saúde (BIRN *et al*, 2003; MOYSES, 2008; CIA, 2012).

Os Estados Unidos gastaram 17,7% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde em 2011, mais do que qualquer país desenvolvido, sendo que deste total 47,8% é gasto público, ficando muito abaixo da média de gasto público em saúde dos países da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), que foi de 72,2% (CIA, 2012; OECD, 2013). Há no país uma variedade de instituições privadas e públicas, configurando um sistema de serviços de saúde plural, com múltiplos subsistemas para clientela distintas e grandes exclusões de cobertura (CONILL, 2008).

Os dois principais programas de saúde financiados pelo governo nos Estados Unidos são o *Medicare* e o *Medicaid*. O *Medicare* é um seguro social de responsabilidade federal, destinado à cobertura médico-hospitalar de aposentados e seus dependentes e de portadores de doença renal crônica. Já o *Medicaid* é um programa assistencial financiado pelos governos estaduais com subsídios federais, condicionado à

comprovação de situação de pobreza, havendo muita diversidade na extensão e qualidade dos serviços oferecidos entre os estados. A predominância do setor privado, aliada ao caráter residual dos sistemas públicos descritos, fazem com que uma parcela expressiva da população norte-americana (mais de 15%), não tenha acesso a qualquer forma de assistência à saúde (CONILL, 2008; SCHEFFER; BAHIA, 2010; THOMSON *et al*, 2012).

Em função desta situação, o atual presidente Barack Obama aprovou em 2010 uma reforma no sistema de saúde, com a expectativa de incluir cerca de 32 milhões de pessoas até então sem cobertura, através de incentivos para a compra de seguros privados e maior abrangência dos programas públicos. Além disso, filhos passam a ser considerados dependentes até os 26 anos; as empresas deverão ter maior participação no pagamento do plano de saúde dos empregados e as operadoras serão punidas por abusos praticados, como a discriminação de pessoas com doenças preexistentes e a cobrança excessiva aos idosos. Também estão previstos maiores investimentos federais para a construção de centros de saúde comunitários (RODRIGUES; SANTOS, 2009; SCHEFFER; BAHIA, 2010; THOMSON *et al*, 2012).

Quanto à assistência odontológica, ampla variedade de formas de pré e pós-pagamento proliferam no país, mantendo-se restrita a participação do governo. Cerca de 35% dos adultos e 70% dos idosos não são cobertos nem por planos privados nem por programas públicos. Estes últimos variam em cada estado quanto à população elegível e aos procedimentos cobertos. A despesa com serviços odontológicos nos Estados Unidos atingiu em 2011 cerca de 108 bilhões de dólares, sendo que somente 9,3% foi financiado pelo governo. Em relação ao modelo de prestação da assistência, baseia-se essencialmente na prática individual em consultórios privados, com o profissional recebendo seus honorários diretamente do paciente. Há em torno de 186 mil dentistas no país, uma proporção de 0,6 dentistas para cada 1000 habitantes, sendo que a proporção de americanos que consultou um dentista nos últimos doze meses, conforme dados de 2009 foi de 42,2%(MCGINN-SHAPIRO, 2008; MOYSÉS, 2008; MANSKI; BROWN, 2012; CMS, 2013; OECD, 2013).

### **3.1.2 Canadá**

O Canadá, com população em torno de 34 milhões de habitantes (CIA, 2012), possui um sistema de saúde universal de base provincial.

Trata-se de um sistema fortemente descentralizado, financiado pelo governo federal e pelas províncias, sendo que há variações entre as mesmas em termos de financiamento, administração, modos de atenção em saúde e gama de serviços de saúde pública oferecidos (CONILL, 2008; MOYSÉS, 2008).

A estruturação do sistema canadense iniciou-se com um seguro hospitalar nos anos 50, sendo que em 1984 o governo federal instituiu o seguro universal (*The Canada Health Act*), com os princípios de universalidade, gestão pública, integralidade, portabilidade e acessibilidade. O sistema de saúde passou então a oferecer cobertura gratuita de serviços médicos, diagnósticos e hospitalares para todos os cidadãos, estruturada a partir de médicos generalistas que constituem a porta de entrada dos usuários aos especialistas. Os seguros privados são complementares, isto é, só poder oferecer serviços não cobertos pelo sistema público, sendo que 65% da população têm plano ou seguro de saúde privado (RODRIGUES; SANTOS, 2009; SCHEFFER; BAHIA, 2010; MARCHILDON, 2013).

O financiamento é predominantemente público através de fontes fiscais, mas a prestação de serviços fica a cargo de prestadores privados com diversas formas de credenciamento e contratos. O Canadá gastou, em 2011, 11,2% do seu PIB com saúde, sendo 70% de fonte pública e cerca de 13% gastos com seguros privados de saúde (CONILL, 2008; OECD, 2013).

A cobertura para saúde bucal, por sua vez, não foi incluída no sistema de saúde pública canadense, consequentemente apenas 5,5% da assistência odontológica é financiada por fontes públicas, voltada na maioria para os procedimentos realizados em ambiente hospitalar e serviços para populações específicas, como idosos, aborígenes, pessoas com deficiências e principalmente crianças. As províncias variam na forma com que oferecem coberturas e subsídios em relação à odontologia. O gasto com saúde bucal no país em 2010 foi de 10,5 bilhões de dólares e cerca de 63% da população possui seguros privados para reembolsar despesas odontológicas. A assistência é realizada em consultórios privados, por cerca de 20 mil dentistas (0,59/1000 habitantes), além de outros profissionais de nível técnico, os quais podem trabalhar de forma independente. Mais de 74% da população declarou ter ido ao dentista no último ano em 2009 (MOYSÉS, 2008; HEALTH CANADA, 2010).

### 3.1.3 França

Na França o sistema de saúde baseia-se em três grandes princípios: solidariedade, pluralismo e medicina liberal, sendo que o princípio da solidariedade significa que a contribuição ao seguro social independe dos riscos individuais ante a possibilidade de adoecer. Este seguro, denominado *Statutory Health Insurance*, é regulamentado pelo Estado e cobre praticamente toda a população, através de três diferentes esquemas destinados a trabalhadores assalariados, agricultores e autônomos (CONILL, 2008; CHEVREUL *et al*, 2010).

Apesar da cobertura universal, a grande maioria dos serviços de saúde está sujeita a co-pagamentos<sup>2</sup>, os quais variam de 20 a 50% sobre a despesa. Por isso, quase 95% dos franceses possui algum tipo de seguro complementar para reembolsar estas despesas. A maioria dos seguros privados são operados por associações sem fins lucrativos e regulados pelo governo. Com 65 milhões de habitantes, a França gastou em média 11,6% do seu PIB com saúde em 2011 sendo 76,8% do gasto financiado pelo setor público e não mais do que 10% foram gastos com planos e seguros privados. Com relação aos atendimentos ambulatoriais, são realizados em consultórios privados e desde 2005 cada usuário com mais de dezesseis anos deve escolher um médico responsável pela continuidade do seu cuidado e que irá referenciá-lo para as especialidades quando necessário (CONILL, 2008; SCHEFFER; BAHIA, 2010; CHEVREUL *et al*, 2010; CIA, 2012; OECD, 2013).

A assistência odontológica faz parte das coberturas do seguro social, porém sujeita a co-pagamentos para quase todos os procedimentos. Normalmente os pacientes pagam todo o tratamento aos profissionais e depois solicitam o reembolso de não mais do que 70% dos custos. O restante pode ser coberto por seguros privados complementares e a exceção se dá para escolares, que desde 2004 têm direito a exames bucais preventivos e isenção de custo em alguns tratamentos. A despesa com saúde bucal na França em 2010 foi de 11,4 bilhões de dólares, com apenas 35% coberta por fontes públicas. Há no

---

<sup>2</sup> Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (*cost-sharing*) ou, ainda, contrapartida do usuário são diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços de saúde, quando destes fizer uso (VIANNA, PIOLA, OCKÉ-REIS, 1998).

país perto de 43 mil dentistas, uma proporção de 0,67/1000 habitantes, sendo que a grande maioria atua em consultórios privados. Conforme dados de 2009, cerca de 52% da população consultou um dentista nos últimos 12 meses (KRAVITZ; TREASURE, 2009; CHEVREUL *et al*, 2010; EUROPEAN COMMISSION, 2010).

### 3.1.4 Reino Unido

Desde a sua criação em 1948, o *NHS* tem sido considerado um modelo de socialização dos serviços de saúde. Ele pode ser caracterizado como um sistema público de saúde financiado pelo Estado, com ênfase no acesso universal. Foram construídos consensos políticos para instituir o *NHS* durante a guerra, em consonância com outras iniciativas de um estado de bem-estar social em áreas como previdência social, educação e habitação. Embora suas características principais permaneçam inalteradas, mudanças aconteceram a partir da década de 80, quando se estabeleceu uma lógica de mercado com estímulo à competição entre os prestadores, sob financiamento e regulação estatal, o chamado “mercado interno” (CONILL, 2008; MOYSÉS, 2008).

O advento do governo trabalhista em 1997 imprimiu outra direção com propostas de trabalho colaborativo entre as instituições, argumentando que o mercado interno tinha conduzido o *NHS* à fragmentação, à iniquidade de acesso, ao aumento da burocracia e à falta de responsabilidade e transparência pública. O novo *NHS* avançou nos anos 2000 com financiamento majoritário de fundos públicos (cerca de 83%). Os últimos dados divulgados pela OECD mostram que o gasto com saúde no Reino Unido está em torno de 9,4% do PIB, para uma população de 63 milhões de habitantes (CONILL, 2008; MOYSÉS, 2008; CIA, 2012; OECD, 2013).

Quanto à prestação de serviços, o sistema é baseado em regiões sanitárias, administradas por autoridades locais que estabelecem os contratos com o Ministério da Saúde e prestadores de serviço e são responsáveis pela população adstrita. Cerca de 12,3% dos ingleses possui algum tipo de seguro de saúde privado de caráter suplementar, porém as coberturas tendem a ser mais restritas do que existentes no *NHS* (RODRIGUES; SANTOS, 2009; BOYLE, 2011).

Em relação à saúde bucal, sabe-se que dentro do *NHS*, serviços odontológicos podem ser realizados em consultórios privados, credenciados como prestadores, mediante contratos feitos com as

autoridades locais de saúde. Diversos destes profissionais mantêm prática privada e tem a liberdade de oferecer tratamentos particulares aos pacientes do *NHS*. Há três tipos de taxas a serem pagas por estes pacientes conforme o tipo de tratamento, sendo que os valores não são cobrados para certos grupos populacionais, em particular crianças, pessoas de baixa renda, gestantes e lactentes. O gasto com saúde bucal no Reino Unido foi de 8,7 bilhões de dólares em 2010, com 40,6% proveniente do Estado. Há cerca de 37 mil dentistas (0,50/1000 habitantes) no país, e em 2009, 64% da população relatou ter acesso a estes profissionais no último ano (MOYSÉS, 2008; EUROPEAN COMMISSION, 2010; BOYLE, 2011).

### 3.2 CONFORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O Brasil, que conta atualmente com uma população de aproximadamente 190 milhões de habitantes (BRASIL, 2011), até meados do século XX não possuía um sistema de saúde definido constitucionalmente. Pacientes ricos eram tratados em instituições privadas, pagando diretamente suas despesas; trabalhadores tinham acesso a clínicas e hospitais dos sindicatos. Nas áreas urbanas, os pobres precisavam procurar ajuda nas superlotadas instituições filantrópicas ou públicas que aceitavam indivíduos em estado de indigência. Nas áreas rurais, camponeses tinham de confiar em curandeiros ou cuidadores leigos para suas necessidades de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011).

No auge da redemocratização do país, a Constituição de 1988 declara a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Ao mesmo tempo, em seu artigo 199, estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e dedica seus parágrafos à regulação das relações entre o público e o privado no sistema de saúde, especialmente no que diz respeito ao caráter complementar das instituições privadas, que devem seguir as diretrizes do SUS, através de contratos de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Desta forma, teve início o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando alcançar os princípios de universalidade, integralidade da assistência, da promoção da saúde e da participação da comunidade, com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros (BAHIA, 2009; ALMEIDA-FILHO, 2011).

Assim, o sistema de saúde brasileiro passa a ter um modelo de contrato público, caracterizado pela universalização do acesso às ações e



serviços de saúde, com alocação de recursos a uma pluralidade de prestadores. Isso ocorreu, inicialmente, pela transferência do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde, responsável naquele momento apenas pelas ações clássicas de saúde pública (CONILL, 2008).

Segue-se a este processo uma política de descentralização e construção de sistemas municipais de saúde, os quais têm sido reorientados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 e regulamentada como eixo estruturante das ações e serviços de saúde na atenção básica a partir de 1998, quando entrou em vigor a Norma Operacional Básica (NOB)/96. Sendo assim, o SUS tem duas linhas principais de atuação: a Atenção Primária a Saúde (APS), na qual a ESF potencializa os cuidados primários de saúde, com mais de 34 mil equipes em 5.327 municípios; e uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratados pelo SUS, que presta atendimento secundário e terciário em todo o país (CONILL, 2008; ALMEIDA-FILHO, 2011, DAB/SAS/MS, 2014).

No entanto, a ampliação da cobertura para toda a população não foi acompanhada por investimentos compatíveis, caracterizando a reforma do sistema de saúde brasileiro como uma reforma universal, mas com inclusão segmentada. Uma vez que as ações e serviços de saúde são livres à iniciativa privada, os trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia e a população dos estratos de renda mais altos acabam contratando as empresas de seguro privado (os planos de saúde) para obter maior facilidade de acesso, contribuindo para o elevado crescimento deste setor (CONILL, 2008).

Desta forma, surgem algumas designações para caracterizar o sistema de saúde brasileiro, sendo que Mendes (2001) o traduz como um sistema segmentado, composto por três subsistemas: o Subsistema Único de Saúde – SUS (sistema público), o Subsistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS e o Subsistema de Desembolso Direto – SDD (sistemas privados).

Paim *et al.* (2011) colocam que o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada, financiada sobretudo por recursos privados, que acaba por dividir o sistema de saúde em três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o

subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Diz ainda que os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, pois as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM *et al.*, 2011).

Em uma publicação organizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre a saúde suplementar está colocado que o sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o SUS e o privado, constituído por dois subsetores: o da saúde suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos (BRASIL, 2011a).

Ao analisar o gasto público com saúde no Brasil, percebe-se que os valores ficam próximos aos dos Estados Unidos, cujo sistema de saúde é eminentemente privado (Quadro 1), ficando na faixa de 45,7% do total da despesa, sendo que a proporção do PIB investido é de 8,9%. Uma possível explicação para esse fato reside na concentração de renda no Brasil, assim como no alto grau de incorporação tecnológica na saúde que é disponibilizada, principalmente, pelo setor privado (BRASIL, 2011a; PAIM *et al.*, 2011, OECD, 2013).

Prova de que o Brasil conta com uma alta proporção de gasto privado com saúde, em particular com saúde suplementar, é a proporção da renda familiar utilizada com saúde. A pesquisa da PNAD 2008/2009 comprova que 82,5% das famílias brasileiras com rendimento acima de cinco salários mínimos possuem planos de saúde. As pessoas com até um salário mínimo de renda representam 3,4%, enquanto os que têm renda superior a 20 salários mínimos representam 79,6% (BRASIL, 2010).

Grande parte desta despesa também é gasta com saúde bucal. Embora um direito constitucionalmente garantido através do SUS, o acesso à assistência odontológica ainda ocorre predominantemente no setor privado, e ainda que não exista um sistema de informações único para estimar o gasto com saúde bucal no país, estima-se que o mesmo tenha alcançado 4 bilhões de dólares em 2010 (cerca de 9 bilhões de reais). Se considerarmos as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos municípios como gasto público, os valores ficam em torno de 10,4%

do total, sendo o restante financiado através dos planos privados de saúde (25,7%) e desembolso direto (63,9%) (IBGE, 2010; ANS, 2013a; DAB/SAS/MS 2014).

Cerca de 40% dos brasileiros relata ter consultado um dentista nos últimos doze meses (PERES K.G. *et al*, 2012). Quanto ao número de profissionais, o Brasil conta com uma das maiores proporções dentista/população do mundo, chegando atualmente a 1,14/1000. São mais de 250 mil dentistas registrados, com cerca de 27% atuando no sistema público e o restante na prática privada (BRASIL, 2011; CFO, 2014).

Com base na literatura consultada, o quadro apresentado a seguir sintetiza as principais características dos sistemas de saúde analisados no capítulo anterior, comparados com o sistema de saúde brasileiro.

**Quadro 1. Revisão comparativa sobre alguns sistemas de saúde no mundo e o sistema brasileiro.**

<b>Países</b>	<b>Nº de habitantes (milhões)</b>	<b>Principal característica do sistema de saúde</b>	<b>PIB gasto com saúde (%)</b>	<b>Gasto público com saúde (%)</b>	<b>Assistência odontológica</b>	<b>Gasto público com saúde bucal (%)</b>
<b>Estados Unidos</b>	300	Sistema plural, com predomínio privado	17,7	47,8	Privada (seguros e desembolso direto)	9,3
<b>Canadá</b>	34	Sistema de base universal e provincial	11,2	70,0	Privada (seguros e desembolso direto)	5,3
<b>França</b>	67	Seguro público regulado pelo Estado	11,6	76,8	Pública, sujeita a co-pagamentos e seguro complementar	35,6
<b>Reino Unido</b>	63	Sistema público universal ( <i>NHS</i> )	9,4	82,8	Pública (sujeita a taxas) e privada	46,0
<b>Brasil</b>	190	Sistema público universal (SUS)	8,9	45,7	Pública e privada (planos odontológicos e desembolso direto)	10,4

**Fonte: a autora.**

### 3.3 O SUBSISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR<sup>3</sup>

#### 3.3.1 Marco regulatório e regulação

A atuação do Estado na saúde suplementar tem como marco a aprovação das Leis nº 9.656/98 e 9.961/2000, que estabeleceram um novo patamar no processo de regulação. Entretanto, há que se aprofundar a natureza dessa regulação, visando à qualidade da assistência à saúde e à produção do cuidado integral neste setor. Coloca-se então o desafio de entender como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus beneficiários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde-doença (MALTA; JORGE, 2008).

No Brasil, o mercado de planos e seguros privados atuou por quase 40 anos sem regulação. As operadoras realizavam os seus serviços conforme o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, regulamentado pelo Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967. A regulamentação era realizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) (ANS, 2010a). A Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998) e a posterior criação da ANS foram precursores na questão da regulação das atividades do setor privado, pois a partir deste momento o Ministério da Saúde passa a operar com maior abrangência no setor.

Segundo Santos e Merhy (2006), a regulação pode ser compreendida como a habilidade de intervir nos processos de prestação de serviços, modificando ou guiando a sua execução. Essa intervenção se dá por meio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. A regulação manifesta a intencionalidade do ator ao colocar em prática a sua capacidade, o seu

---

<sup>3</sup> Esta seção deu origem ao primeiro artigo de revisão da tese, já publicado. Ver GARBIN, D. *et al.* Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 441-452, fev. 2013.

poder instituído ou em disputa. Já a regulamentação é o ato de normalizar em regras essa mesma intencionalidade.

A Lei 9.656/98 estabeleceu a regulação da questão financeira e determinou os limites das coberturas, dando garantias assistenciais aos beneficiários, no momento em que instituiu os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios. Porém, na prática, essa regulação tem se revelado segmentada, com diferentes linhas de intervenção simultâneas e não articuladas. Consequentemente, a atuação da ANS ocorre com ênfase em três pontos: o primeiro visa à regulação da capacidade da operadora de se manter no mercado; o segundo está voltado para o direito dos consumidores; e o terceiro refere-se aos produtos, aos valores e à cobertura. Dessa forma, o aspecto da produção da saúde ainda não alcançou a centralidade necessária (MALTA *et al.*, 2004).

Bahia (2001) alerta que a regulamentação dos planos privados de saúde não atingiu de forma efetiva as extensas interfaces público-privadas bem como os mecanismos de auto-regulação já consolidados pelas empresas do setor. Na esfera do Ministério da Saúde, a interlocução com o SUS é precária e se refere, principalmente, ao ressarcimento de despesas geradas por clientes de planos e seguros de saúde em hospitais da rede pública (SESTELO, SOUZA, BAHIA, 2013). Sendo assim, persiste o desafio de transformar a regulação deste mercado em um processo efetivamente voltado à melhoria das condições de saúde, ampliando a agenda de debates sobre as relações entre o público e o privado na saúde.

Nos períodos anteriores à ANS existiam informações esparsas e não sistemáticas relativas à saúde suplementar. Após a implantação da Agência, houve a criação de alguns sistemas de informação: o Sistema de Informações de Produtos (SIP), que possui a finalidade de receber informações cedidas pelas operadoras, permitindo a apreciação da assistência e da situação econômico-financeira e atuarial dos planos privados de saúde; o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), que visa a padronizar as informações contidas nas guias trocadas entre os prestadores de serviços e as operadoras, atribuindo maior agilidade ao processo; e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual é gerenciado pelo Ministério da Saúde e identifica os estabelecimentos que fazem parte da rede prestadora de serviços das operadoras (CRO/SP, 2010).

Quanto ao CNES, trata-se de uma ferramenta para programar a contratação de serviços assistenciais e controlar o faturamento, sendo

imprescindível para a regulação assistencial. A ANS exige o cadastramento dos estabelecimentos privados no CNES para poder efetuar o seu registro no órgão (SANTOS; MERHY, 2006).

Sendo assim, com a publicação dos dispositivos legais e a criação da ANS, os quais instituíram a regulação da saúde suplementar por parte do Estado, houve a possibilidade de maior conhecimento do setor, com melhor definição de critérios para a entrada das operadoras no mercado de planos e seguros de saúde. A partir deste contexto, pôde-se perceber com mais clareza a existência de inúmeros “conflitos de interesse” entre os diversos atores envolvidos (BRASIL, 2011a).

### **3.3.2 Perfil do segmento odontológico**

O segmento operador de planos odontológicos vem apresentando uma trajetória ascendente dentro do sistema privado de atenção à saúde, evidenciada pelo fato de que, cada vez mais, a população está contratando os serviços dessas operadoras, seja através de planos coletivos ou individuais. Algumas variáveis estruturais procuram explicar a dinâmica e o crescimento desse mercado: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, o baixo acesso da população aos serviços públicos de saúde bucal e o perfil do gasto das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica (PIETROBON *et al.*, 2008; VIEIRA; COSTA, 2008; MEDEIROS; MIRANDA, 2010).

Existem duas modalidades de operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos, ou seja, que oferecem apenas assistência odontológica. As cooperativas odontológicas são operadoras cuja propriedade é do conjunto dos trabalhadores cooperados, no caso cirurgiões-dentistas, formando uma associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Entre estas, destaca-se o sistema Uniodonto, formado por uma rede de empresas individuais que abrange todo o país e que respondem pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos privados de assistência odontológica no Brasil (VIEIRA; COSTA, 2008; ANS, 2013a).

Já as empresas de odontologia de grupo se constituem em sociedade que comercializam ou operam planos odontológicos, podendo fazer parte de grupo que opera plano médico- hospitalar ou pertencerem a um grupo empresarial específico para o setor odontológico. Ambas as modalidades operam predominantemente em pré-pagamento, ou seja,

recebem mensalidades em valores fixos pré-estabelecidos, independente do valor dos tratamentos que o beneficiário venha a realizar. Quanto à comercialização, as operadoras trabalham tanto com corretores próprios, quanto com corretores terceirizados (VIEIRA; COSTA, 2008; ANS, 2013a).

O número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos saltou de cerca de 3 milhões em 2001 para mais de 7 milhões em 2006, chegando a 10 milhões em dezembro de 2008, sendo que em média 83% dos vínculos são a planos coletivos, os quais oferecem cobertura por meio de uma pessoa jurídica, seja por relação empregatícia, seja por vínculo profissional, classista ou setorial (ANS, 2013a). O crescimento acumulado nesse período foi de mais de 200% (PIETROBON *et al.*, 2008; MOYSÉS, 2009). Em 2011, a ANS divulgou que o crescimento do número de beneficiários no ano anterior foi de 14,9%, totalizando 15.464.034 pessoas com vínculo a pelo menos um plano de saúde odontológico. Embora o crescimento do segmento tenha sido o menor desde 2005, ainda foi bem superior ao dos planos de assistência médica, que cresceram 8,7% (ANS, 2011).

Em sua publicação de setembro de 2013, a ANS destaca a continuidade do crescimento, embora um pouco menos acelerado, uma vez que os dados indicam a existência de 19,1 milhões de beneficiários, com taxa de variação de 5,5% entre junho de 2012 e junho de 2013. Quanto à configuração deste mercado, o mesmo vem se mostrando altamente concentrado, pois cerca de 90% dos beneficiários estavam vinculados a pouco mais de 16% das operadoras (ANS, 2013a).

Em que pese o crescimento observado, há ainda uma grande diferença entre o número de beneficiários de planos odontológicos em relação ao número de pessoas vinculadas a planos de assistência médica, que alcançaram em 2013, 49,2 milhões de beneficiários, uma taxa de cobertura de mais de 25% da população brasileira (ANS, 2013a). Há, portanto, um mercado em potencial, objeto de especulações por parte do segmento empresarial, que afirma que os planos odontológicos possam chegar a mais de 40 milhões de beneficiários nos próximos anos (OLIVEIRA; LEITE, 2009; ANS, 2009).

Este espaço para o crescimento dos planos odontológicos parece ser evidente, uma vez que os atuais beneficiários vinculados a operadoras exclusivamente odontológicas representam somente 10% da população brasileira. Soma-se a isto o fato de que as políticas públicas para a atenção à saúde bucal não tem demonstrado o alcance necessário para suprir as demandas da população, que permanece utilizando o



desembolso direto para custear grande parte das despesas com tratamentos odontológicos, uma situação de grande distanciamento do princípio constitucional do acesso universal à saúde (PIETROBON *et al.*, 2008; MANFREDINI *et al.*, 2012; PERES M. A. *et al.*, 2012; ANS, 2013a).

Com o objetivo de compreender o significado e o valor que os beneficiários dos planos de saúde atribuem aos serviços de odontologia e de identificar a lógica intrínseca ao processo de expansão da odontologia na saúde suplementar, Mussi (2010) realizou um estudo de caso em uma operadora de planos de saúde do segmento de autogestão<sup>4</sup>. Os dados coletados a partir de questionários e entrevistas permitiram perceber que os beneficiários apresentam percepções positivas em relação ao serviço de saúde oferecido, bem como apontam o elevado custo do sistema de desembolso direto como fator motivador para a contratação de um plano de saúde odontológico. No entanto, foram identificados fatores negativos na relação beneficiário-prestador-operadora no que se refere à assimetria de informações. Além disso, ao entrevistar os gestores da operadora, a autora percebeu uma preocupação com a saúde financeira da empresa frente às mudanças no processo regulatório e no perfil epidemiológico da população assistida.

Quanto à questão financeira, o segmento odontológico tem se mostrado lucrativo para as empresas atuantes no mercado, uma vez que a taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras) é mais baixa do que a encontrada nos planos de assistência médica. São 407 operadoras registradas, sendo 356 com beneficiários, que tiveram em 2012 uma receita de contraprestações calculada em mais de 2,2 bilhões de reais e uma taxa de sinistralidade de 48,8% em média, sendo que nas operadoras da modalidade odontologia de grupo esta taxa cai para 44,1%(ANS, 2013a).

Segundo Vieira e Costa (2008) o segmento de planos odontológicos é altamente rentável do ponto de vista empresarial,

---

<sup>4</sup> Entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos (ANS, 2013a).

apresentando uma grande capacidade na geração de receitas que favorecem o crescimento e a permanência dessas empresas no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo, são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade desse segmento empresarial do país.

Por outro lado, os profissionais que se vinculam às operadoras odontológicas mostram insatisfação quanto à remuneração recebida, ao prazo de pagamento, aos valores pagos pelas empresas pelos procedimentos cobertos e, principalmente, quanto à perda de autonomia (D'AVILA *et al*, 2007). Verifica-se que a transformação da odontologia no Brasil, de uma profissão liberal e privada para uma profissão vulnerável às oscilações da oferta de emprego e renda, em um mercado extremamente competitivo, tornou o profissional de certa forma refém dos convênios/ credenciamentos (NUNES; LELES; GONÇALVES, 2010). Neste sentido, os cirurgiões-dentistas têm percebido uma queda no poder de exercício da profissão como atividade autônoma, sentindo-se muitas vezes limitados pelas operadoras de saúde. Mas, em virtude desta configuração do mercado, acabam se vinculando a estas empresas, especialmente no início de sua vida profissional (VILELA *et al.*, 2010).

Em estudo qualitativo realizado com o objetivo de compreender como a inserção no setor de saúde suplementar interfere na prática profissional do cirurgião-dentista, percebeu-se, pelas falas dos entrevistados, que as operadoras odontológicas têm interferido efetivamente nos primórdios do imaginário profissional e produzem, assim, mudanças nas formas de organização, gestão e orientação do trabalho do cirurgião-dentista. Os participantes do estudo afirmaram que o vínculo com as operadoras é uma necessidade financeira frente à conformação do mercado, mas estão insatisfeitos com a perda de autonomia em sua rotina de trabalho, por acreditar na odontologia como profissão liberal. Contudo, reconhecem que os planos de saúde permitem o acesso aos cuidados de saúde bucal por uma porção adicional da população (PIETROBON, 2010).

O debate sobre o rol de procedimentos obrigatórios no segmento odontológico é uma outra situação que provoca conflitos entre profissionais, operadoras e a ANS. A relação de procedimentos odontológicos foi bastante alterada em 2010 (ANS, 2010), através de uma resolução normativa que contou com consulta pública sobre o que deveria ser modificado nas coberturas dos planos de saúde. Foram acrescentados 16 novos procedimentos, incluindo alguns referentes a próteses unitárias, o que causou uma série de denúncias na ANS por

conta da recusa em ofertar estes procedimentos por parte das operadoras. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a recusa pode estar associada aos baixos preços que as operadoras querem pagar ao cirurgião-dentista, o qual então prefere não realizar os procedimentos (CFO, 2011). Mais recentemente, o rol de procedimentos foi novamente alterado, passando a valer a partir de 2014 (ANS, 2013b) incluindo mais alguns itens no segmento odontológico, tais como biópsias da cavidade bucal e testes laboratoriais, contudo tratamentos mais complexos como implantes, próteses fixas e aparelhos ortodônticos permanecem fora das coberturas.

Percebe-se então que a relação prestador-operadora é um importante espaço de disputa e está à mercê das leis de mercado, uma vez que as operadoras se valem da crise do setor autônomo da odontologia para impor tabelas de pagamentos muitas vezes abaixo do custo dos procedimentos. Existem controvérsias sobre a extensão das atribuições da ANS em relação à remuneração dos prestadores. No entanto, a Agência costuma atuar nas discussões sobre novas formas de remuneração dos profissionais de saúde junto às várias entidades de classe.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO) foi criada em 2010 com a pretensão de ser um referencial para a reorientação da relação entre cirurgiões-dentistas e operadoras no que se refere aos valores pagos pelos procedimentos odontológicos. A CBHPO foi desenvolvida pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP (FIPE), com o objetivo de construir uma classificação que indicasse a valoração relativa dos procedimentos odontológicos, levando em conta o trabalho profissional e o custo operacional de cada procedimento. A demanda agora é pela adoção da CBHPO pelas operadoras, com o objetivo de garantir qualidade ao beneficiário e dignidade ao profissional (ANS, 2009; CFO, 2010; GARBIN *et al*, 2013).

Sendo assim, CFO, ANS, CNCC e operadoras de planos odontológicos têm se reunido com o propósito de discutir a relação entre as operadoras e os profissionais, uma vez que a mobilização da odontologia vem conquistando apoio do Congresso Nacional. Os principais impasses dizem respeito à remuneração profissional e ao papel da ANS nesta relação considerada desigual. Contudo, dados divulgados recentemente revelam que, embora haja certa discrepância entre as empresas, os valores praticados para a remuneração dos

profissionais permanecem bem abaixo daqueles definidos na CBHPO (VALADARES, 2012; CFO, 2013).

Desta forma, é importante compreender que a expansão do número de beneficiários dos planos odontológicos (ANS, 2013a), aliada ao maior número de cirurgiões-dentistas no mercado (CFO, 2014), bem como a complexa relação destes com as operadoras, traz a necessidade de se conhecer a lógica de organização do segmento odontológico e os desafios à regulamentação, no que se refere à assistência prestada e ao modelo de atenção praticado.

Quanto às práticas assistenciais, apesar do grande dinamismo das empresas na captação de clientes e geração de receitas, há evidências de que estas ainda repetem mecanicamente o modelo hegemônico de base flexneriana, característico da odontologia de mercado. A essência deste modelo está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, bem como no modo de produção capitalista, o qual transforma os cuidados de saúde em mercadorias, impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas. Sua concepção de prática é centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente no restrito ambiente clínico-cirúrgico (BRASIL, 2005; NARVAI, 2006; ANS, 2009).

Sendo assim, a odontologia na saúde suplementar, parece estar voltada para o atendimento à demanda espontânea, focada na crescente especialização e fragmentação do cuidado, no enfoque curativo e restaurador do processo saúde-doença, sem considerar os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças bucais. Os conceitos de acolhimento e vínculo são pouco compreendidos pelos cirurgiões-dentistas. A produção do cuidado em saúde bucal é moldada pelos limites contratuais, pela microrregulação praticada pelas operadoras, pela predominância no uso de tecnologias duras e leve-duras, e pela descontinuidade da linha do cuidado, contribuindo para a baixa eficácia, eficiência e efetividade das ações praticadas (BRASIL, 2005; ANS, 2009).

A ANS tem importante papel na reversão desse modelo através da regulação e também da intervenção nas relações entre operadoras, prestadores e beneficiários, a qual deve ser justa, onde o profissional receba valores dignos pelos serviços prestados, o beneficiário tenha o seu direito a saúde garantido de forma integral e as operadoras trabalhem não somente visando ao lucro, mas com o objetivo maior de serem gestoras do cuidado em saúde enquanto direito de cidadania (GARBIN *et al.*, 2013).

### 3.3.3 A promoção da saúde na saúde suplementar e a odontologia

Como parte do processo regulatório, a ANS tem estimulado as operadoras de planos privados a repensarem seu processo de trabalho, visando a um modelo de atenção integral, com a incorporação das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças (ANS, 2009a). Esta proposta de reorientação do modelo assistencial corrobora com a aproximação das ações na saúde suplementar com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as peculiaridades do setor (ANS, 2009).

De fato, considerando-se o perfil de morbidade e mortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento destas práticas no setor de saúde suplementar (ANS, 2011a).

Dentre as estratégias indutoras utilizadas pela ANS, destacam-se a realização de Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, entre 2004 e 2007; a elaboração de um Manual Técnico, cuja última revisão foi publicada em 2011; a realização de pesquisa sobre o tema com todas as operadoras ativas no país; a avaliação e certificação dos programas desenvolvidos mediante critérios definidos pela Agência; e mais recentemente, em uma parceria para cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a criação do Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar (ANS, 2009; 2011c; OPAS, 2013). Há também uma série de resoluções normativas, dentre elas uma que permite que operadoras ofereçam incentivos financeiros na forma de descontos e prêmios, para os beneficiários que aderirem a programas de promoção da saúde e envelhecimento ativo (ANS, 2011b).

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, além de permitir a racionalização dos custos assistenciais para as operadoras. No que se refere à saúde bucal, observa-se um esforço para promover uma maior integração aos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, prevenção de riscos e doenças, e a consequente revisão das práticas assistenciais (ANS, 2009).

A ANS afirma reconhecer a importância do diálogo na construção de um setor suplementar sustentável e comprometido com a produção da saúde bucal, sendo que a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar possui algumas diretrizes, as quais foram construídas com base na Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; ANS, 2009a). São elas:

- Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde, não descuidando da atenção nas situações de urgência.
- Estimular ações preventivas como higiene bucal supervisionada, revelação de placa, fluoroterapia, selantes e terapia básica periodontal;
- Utilizar ações educativas objetivando a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde–doença–cuidado, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, estimulando o beneficiário a mudar seus hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia e autocuidado.
- Utilizar protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção, com consultas educativas periódicas para todo o conjunto de beneficiários;
- Utilizar as informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas;
- Criação de mecanismos de “porta de entrada”, no acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, onde o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra capaz de compreender e explicar os protocolos de funcionamento da rede de serviços contratada. O profissional escolhido será responsável pela referência e contra referência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades).
- Criar estratégias de “busca ativa” e identificação dos grupos de risco;
- Acompanhar o impacto das ações em saúde bucal através de indicadores confiáveis e contínuos;
- Definir uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e a práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas.

O documento ainda traz orientações sobre o planejamento das ações através de uma abordagem por grupos etários e por agravos bucais mais prevalentes, e evidencia a importância da avaliação e do monitoramento dos programas através de indicadores sugeridos (ANS 2009a).

A fim de traçar o perfil dos primeiros programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, ANS enviou, em maio de 2008, um Requerimento de Informações solicitando a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde com cadastro ativo na ANS, que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento destes programas (ANS, 2008).

Quanto aos resultados obtidos relacionados à odontologia, 158 operadoras referiram desenvolver programas na área de saúde bucal, dentre as quais, 59,7% eram operadoras exclusivamente odontológicas e 40,3% operadoras médico-hospitalares. Entre os temas programáticos abordados pelas operadoras nos programas, destacam-se: higiene bucal, cárie, doença periodontal e câncer de boca (ANS, 2008).

O atendimento nos programas mostrou-se baseado na demanda espontânea, o que reflete o modelo curativo-restaurador, que não preconiza ações de identificação de riscos e intervenção precoce. Em relação ao acompanhamento dos beneficiários dos programas de saúde bucal, 25,3% das operadoras referiram não realizar nenhuma forma de registro e acompanhamento dos inscritos, indicando pouca preocupação por parte dos gestores em avaliar os resultados e monitorar as ações desenvolvidas nos programas. Dentre as atividades programáticas ofertadas em nível individual, predominaram o exame clínico, a avaliação/orientação quanto a fatores de risco, a orientação dietética e de higiene, a aplicação tópica de flúor e o encaminhamento para especialistas. No rol de atividades coletivas, o destaque foi para a realização de palestras educativas (ANS, 2008; 2009).

A análise das respostas dadas a este questionário aponta, desta forma, diversas fragilidades nos programas de promoção da saúde bucal, tais como baixa cobertura, inconsistência técnica e conteúdo programático limitado, não adoção de equipe multidisciplinar, intervenções pontuais que não possibilitaram a continuidade do cuidado e pequena preocupação com a mensuração e avaliação do impacto das ações. A ANS afirma que está qualificando os parâmetros de avaliação e monitoramento dos programas de promoção da saúde. No entanto, o desafio está em desenvolver uma metodologia que possibilite uma abordagem qualitativa destes programas, pois a utilização do princípio

da integralidade como eixo orientador da organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde no setor suplementar impõe a necessidade de processos avaliativos para além de mensurações quantitativas, por meio da análise das relações sociais construídas no cotidiano dos serviços e da incorporação do julgamento de diferentes atores (ANS, 2008; 2009).

### **3.3.4 A odontologia na Política de Qualificação da Saúde Suplementar**

O campo de atuação da ANS apresenta evidentes e substanciais diferenças com relação aos demais mercados regulados por agências públicas no país, entre as quais se destacam a finalidade da cobertura contratada (a assistência à saúde) e o fato de o setor ter seu financiamento apoiado em diferentes formas de renúncia fiscal – mecanismo tributário concedido pelo poder público que beneficia o segmento de planos privados de assistência à saúde no Brasil. Considerando ainda as competências atribuídas à ANS pela Lei nº 9.656/2000, reveste-se da maior relevância a proposta de estabelecimento de padrões de qualidade na saúde suplementar (ANS, 2009).

Os modelos assistenciais ganharam um foco importante de atenção por parte do órgão regulador e, conseqüentemente, iniciaram-se pesquisas nessa linha de investigação. Isso está ligado ao fato de que a ANS desde 2004, tem desenvolvido o chamado “projeto de qualificação da saúde suplementar”, que parte do princípio segundo o qual a operadora deve ser a gestora do cuidado. Isso significa que as questões relacionadas diretamente à assistência e produção do cuidado passam a ser objeto da agenda dos gestores das operadoras e por outro lado, devem ser objeto epistêmico para a ANS, na medida em que o conhecimento é pressuposto para a sua capacidade em regular o segmento (LAPPIS, 2007).

A ideia central dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor da saúde suplementar é a ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos - operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador, de modo a qualificar o funcionamento do setor, compreendido nas dimensões da Atenção à Saúde, Econômico-Financeira; Estrutura e Operação e Satisfação dos Beneficiários, além do funcionamento do próprio órgão regulador, através dos seus processos de trabalho (ANS, 2010a).



Induzir o setor para a produção de saúde é o principal objetivo da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, sendo que uma das estratégias dessa política é a avaliação da qualidade, que tem como princípios norteadores: a avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como do impacto dessas ações na população beneficiária de planos privados de saúde; a perspectiva de sistema; a avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores (ANS, 2010a).

Para essa avaliação, a ANS apresenta como prioridade de intervenção o desenvolvimento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que se desdobra em 2 (dois) componentes: a Avaliação de Desempenho das Operadoras ou Qualificação das Operadoras; a Avaliação de Desempenho da ANS ou Qualificação Institucional (ANS, 2010a).

O desempenho das operadoras é resultante da avaliação da qualidade em quatro dimensões: atenção à saúde; econômico-financeira; estrutura e operação; satisfação dos beneficiários. Já o desempenho do órgão regulador é resultante da avaliação da qualidade em quatro eixos direcionais: qualificação da saúde suplementar; desenvolvimento institucional; sustentabilidade do mercado; e articulação e aprimoramento institucional (ANS, 2010a).

Para o cálculo do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), são atribuídos pesos a cada uma das dimensões de avaliação. O IDSS varia de zero a um (0 - 1), sendo que atualmente 40% deste valor é dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 20% pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 20% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 20% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB). Cada um desses índices de desempenho é medido por um grupo de indicadores (ANS, 2013).

Os indicadores odontológicos foram definidos com base nos dados do SB Brasil 2003, considerando as especificidades do setor suplementar e as séries históricas de produção assistencial das operadoras com coberturas odontológicas. Com isso, a ANS procura propor metas condizentes com a realidade do setor suplementar e com o processo de indução para a melhoria da qualidade da atenção à saúde (ANS, 2009).

No quadro abaixo, estão relacionados os indicadores odontológicos adotados no processamento dos dados do ano de 2012, o

tratamento estatístico ao qual estavam sujeitos e o peso dado ao indicador para o cálculo do Índice de Desempenho da Atenção à Saúde – IDAS.

**Quadro 2. Indicadores Odontológicos do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2012.**

<b>Indicador</b>	<b>Padronização por pequena população (Bayes empírico)</b>	<b>Padronização por faixa etária</b>	<b>Peso do indicador no IDAS</b>
Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	Sim	Sim	2,0
Taxa de aplicação tópica profissional de flúor	Sim	Sim	1,5
Taxa de selante	Sim	Sim	1,5
Taxa de raspagem supra-gengival	Sim	Sim	2,0
Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	Sim	Sim	1,0
Taxa de exodontias de permanente	Sim	Sim	1,0
Proporção de próteses odontológicas unitárias	Sim	Sim	1,0

**Fonte: ANS, 2013c.**

A ANS disponibiliza em seu sítio eletrônico as definições, as metas e os métodos de cálculo de cada indicador, bem como suas limitações e vieses, sendo importante destacar limitações referentes aos indicadores “taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído” e “taxa de exodontias de permanentes”, os quais são influenciados pelo tempo de permanência do beneficiário no plano e pela entrada de novos beneficiários com necessidades anteriormente existentes (ANS, 2009).

Dentro da nova perspectiva do processo de regulação, foi feita uma opção estratégica de se dar ênfase à qualidade da dimensão da Atenção à Saúde buscando uma maior integração da ANS com a agenda

do Ministério da Saúde. A ANS incentiva a mudança do modelo de atenção à saúde vigente e a possibilidade de se reorganizar a prestação de serviços no Setor da Saúde Suplementar, para que se pautem pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo de acordo com as necessidades e direitos de saúde dos beneficiários dos planos de saúde (ANS, 2010a).

Contudo, ao analisar os indicadores odontológicos considerados na avaliação da dimensão de atenção à saúde, percebe-se que, embora com diferentes pesos na constituição do índice, ainda estão focados no atendimento individual e na prática curativa, características do modelo de atenção hegemônico da odontologia de mercado, o que se opõe à proposta da ANS de fortalecimento de programas de promoção da saúde com ênfase coletiva (GARBIN *et al.*, 2013).

Reitera-se a necessidade de revisão dos indicadores odontológicos para que estes realmente permitam avaliar o modelo de atenção à saúde bucal praticado pelas operadoras e, a partir dessa avaliação, possibilitar a formulação de estratégias reguladoras que induzam as operadoras a trabalhar com a promoção da saúde. Uma forma de incentivo às operadoras seria a maior valorização dos programas de promoção da saúde e prevenção na constituição do IDAS e mesmo do IDSS, pois o que ocorre atualmente é apenas uma pontuação bônus para as operadoras que possuem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS na data do processamento do IDSS (GARBIN *et al.*, 2013; ANS, 2013c).

### 3.4 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os debates em torno da ideia de modelo tem origem antiga, provavelmente no cerne das conversas de Platão com os sofistas, nas quais se discutia qual a melhor referência para orientar nossas ações ou nosso aprendizado: os relatos de sucessos em assuntos correlatos ao que estamos tentando fazer ou aprender; ou apreender os modelos, essências ou formas inteligíveis dos objetos com os quais trabalhamos (FARIA *et al.*, 2010).

Na saúde coletiva, o uso de modelos e sua construção se dá das mais variadas formas, sendo uma das mais comuns a análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por algumas variáveis ou categorias de análise. Da aplicação dessas categorias de análise aos sistemas de saúde resulta certa tipologia de

sistemas que podem ser comparados entre si. O fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando observados ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque utilizado para abordá-los (FARIA *et al.*, 2010).

No Brasil, a reflexão sobre o que hoje denominamos “modelos de atenção à saúde”, vem ocorrendo desde os primórdios do movimento da Reforma Sanitária e teve suas origens a partir da análise crítica da prática médica (TEIXEIRA, 2006).

Modelos assistenciais e modelos de atenção têm sido definidos ora como sinônimos, ora não. São entendidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas e consistem na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade (PAIM, 1999).

Merhy, Cecílio e Nogueira (1992, p. 91) ao tratar sobre o tema, discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência. Desta forma, utilizam o termo modelo tecnoassistencial, conceituando-o como a “organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social”.

Ao rever e sistematizar estudos e reflexões sobre os modelos assistenciais vigentes no Brasil, Paim (2003, p.567) conceitua modelos assistenciais ou modelos de atenção como

combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc.). Nesse sentido, não deveriam ser entendidos como um padrão nem exemplo. Modelo também não é uma forma de organizar serviços de saúde nem um modo de administrar o sistema e os serviços de saúde.

Assim, modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de "lógica" que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde (PAIM, 2003).

Os modelos assistenciais podem estar voltados para a "demanda espontânea" (modelo médico hegemônico) ou para necessidades de saúde (campanhas e programas especiais de saúde pública). Desse modo, dois modelos convivem no Brasil de forma contraditória ou complementar: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial "sanitarista" (PAIM, 2003).

O modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde de toda a população. Está voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram os serviços de saúde por "livre iniciativa". Consequentemente, os indivíduos e os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alerta para as medidas de prevenção, deixarão de ser alcançados pelo sistema de saúde, já que não constituiriam uma "demanda espontânea" (PAIM, 2003).

Nesse caso, as preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento, uma vez que esse modelo assistencial reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, que determinaria o consumo de serviços médicos (PAIM, 2003).

O modelo médico-assistencial privatista tem origens na assistência filantrópica e na medicina liberal, é fortalecido com a expansão da previdência social e consolida-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas. Entretanto, ele não é exclusivo do setor privado, pois está presente na medicina liberal, nas cooperativas médicas, na medicina de grupo, no seguro saúde, como também nos

serviços públicos (hospitais, centros de saúde e laboratórios), quando estes não se encontram organizados para atender às necessidades de uma população definida. E, então, trabalhando em uma lógica predominantemente curativa, acabam por prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, além de não gerar impacto sobre o nível de saúde da população (PAIM, 2003).

Já o modelo "sanitarista" corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX, e que tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, etc.) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental). Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade das situações de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Consequentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (PAIM, 2003).

Diante dos problemas mencionados, propostas alternativas vêm sendo elaboradas desde a década de 80, com vistas à integralidade da atenção, bem como à concretização dos princípios colocados na Constituição, no que se refere ao sistema de saúde no país, tais como acesso universal e igualitário às ações e serviços, rede regionalizada e hierarquizada, descentralização das ações, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 1988, 1990).

Uma das alternativas é a proposta da oferta organizada, que representa uma transição do modelo assistencial anterior ao SUS, predominantemente de atendimento à demanda espontânea, para uma situação em que os problemas são identificados mediante ferramentas epidemiológicas que orientam as ações de saúde no nível local. Deste modo, constata-se que a oferta organizada tende a superar as formas de organização da produção de saúde ainda vigentes, bem como reconhecer o planejamento enquanto processo social (PAIM, 2003).

Teixeira (2006), ao caracterizar as principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, traz as concepções do modelo determinado "tecnoassistencial em defesa da vida" o qual tem origem nos estudos e reflexões desenvolvidos por pesquisadores do Laboratório de Administração e Planejamento (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) ao longo da década de 90. Este

modelo aponta para mudanças no processo de trabalho em saúde, o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuários, bem como o acolhimento e a preservação da autonomia dos sujeitos na organização do “cuidado progressivo a saúde”.

Na prática, a incorporação dessas propostas problematiza a visão que a população usuária tem do sistema de saúde e da prática médica, com tendência a valorizar as especializações, a sofisticação tecnológica, o consumo de medicamentos e por associação, a prática privada. Esse processo de organização da atenção com práticas de acolhimento além de contribuir para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, reorienta a atenção à demanda espontânea, possibilitando maior racionalização dos recursos, sendo que uma possível lacuna deste “modelo” é a ausência de propostas macro-organizacionais do sistema (TEIXEIRA, 2006).

Outra proposta discutida pela autora é a do grupo de pesquisadores e docentes da USP, identificada como “ações programáticas em saúde”. Esta proposta toma como ponto de partida a programação enquanto uma tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo de trabalho, propondo a delimitação de objetos de intervenção como sendo as “necessidades sociais de saúde”, definidas por critérios demográficos, socioeconômicos e culturais. Constitui uma alternativa aos chamados programas especiais, definidos verticalmente e de caráter normativo, sem levar em conta as características específicas das populações de cada território, as quais condicionam o modo de expressão dos problemas de saúde e doença (TEIXEIRA, 2006).

Comparando as duas correntes apresentadas, percebe-se que ambas tem em comum o foco na reorientação do processo de trabalho em saúde, sendo a primeira mais relacionada a construção de vínculos entre profissionais e usuários e a segunda com ênfase à incorporação dos saberes disponíveis para intervir em grupos populacionais ou problemas específicos (TEIXEIRA, 2006).

A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde tem conduzido à proposição de concepções, operações e ações de vigilância da saúde, com foco nos danos, riscos, mas também nos seus determinantes. Trata-se das necessidades de saúde histórica e socialmente definidas e que refletem a própria estrutura da sociedade (PAIM, 1999; SCHRAIBER, 1990 *apud* PAIM, 2003).

A Vigilância da Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de distritos sanitários implantados no final dos anos 80 e traz como proposta a integração das práticas de saúde no território. Incorpora os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços e a ideia de “mapas de risco”, bem como absorve ferramentas do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (1993, *apud* TEIXEIRA, 2006). A incorporação da noção de “problemas de saúde” no processo de planejamento e programação das ações permite a valorização de uma visão democrática na definição dos objetos de intervenção, sem perder de vista a racionalidade técnica que orienta a definição das necessidades sociais de saúde e a demanda aos serviços (TEIXEIRA, 2006).

A operacionalização da proposta da Vigilância da Saúde implica na implementação de “políticas públicas saudáveis” e na reorganização das ações de saúde, sejam as dirigidas ao controle de riscos e danos, sejam a de assistência e reabilitação, pretendendo desta forma dar conta do princípio da integralidade no SUS, tanto do sistema, ou seja, da organização dos serviços, quanto das práticas, pela articulação de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação (TEIXEIRA, 2006).

O debate sobre modelos de atenção acaba por aproximar a vigilância da saúde com a corrente das ações programáticas, no que se refere à mudança na organização do processo de trabalho e saúde. Por outro lado, também há uma aproximação com o campo doutrinário da Promoção da Saúde, que traz as discussões sobre a formulação de políticas intersetoriais e práticas sociais para a melhoria da qualidade de vida (TEIXEIRA, 2006).

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução. O termo está associado a um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria) e refere-se também a uma combinação de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde



(reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Uma das formas de incorporação das propostas da promoção da saúde no Brasil é o movimento das “cidades saudáveis”, que tem como base a articulação de políticas públicas municipais saudáveis, a ação intersetorial e a participação comunitária. Esta iniciativa tem sido incorporada por várias administrações municipais (Campinas, Curitiba, Fortaleza entre outras), principalmente com ações dirigidas à melhora das condições de vida e saúde das populações (BUSS, 2000; TEIXEIRA, 2006).

Simultaneamente, os conceitos de vigilância da saúde e promoção da saúde serão usados como referência para a construção de um modelo de atenção à saúde que tenha como atributo central a integralidade, tanto na dimensão do sistema como das práticas, constituindo o arcabouço teórico do que hoje é denominado Estratégia de Saúde da Família. Inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF), surge em 1994 como modelo de atenção a partir do núcleo familiar, seu ambiente físico e social, fazendo um contraponto ao modelo médico hegemônico, sobretudo no que se refere aos altos custos, sofisticação e superespecialização do cuidado. Junto com o Programa de agentes comunitários de Saúde (PACS) é colocado pelo Ministério de Saúde como estratégia de reorientação do sistema de saúde e de reorganização do modelo assistencial vigente (PAIM, 2003; GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Formulado enquanto um programa vertical para ser implantado nas regiões Norte e Nordeste, o PSF foi apropriado por um conjunto de atores políticos que viu uma oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, pela universalização da cobertura da atenção básica, fortalecimento e organização da média e alta complexidade, caráter multiprofissional das equipes de trabalho e utilização da epidemiologia para o planejamento das ações de saúde. Posteriormente definido como estratégia, reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005; TEIXEIRA, 2006).

Os resultados do PSF no SUS são muito expressivos, com aumento circunstancial em termos de cobertura populacional, além do incremento nas consultas médicas e de enfermagem, exames pré-natais, procedimentos odontológicos etc., contribuindo também para a redução da mortalidade infantil no país. Contudo, deficiências estruturais, tais

como oferta de serviços de baixa densidade tecnológica, uma carteira de medicamentos restrita, cuidados profissionais concentrados em médicos e enfermeiros, carência de equipes multiprofissionais e precarização dos sistemas de contratação de profissionais, não têm permitido assumi-lo, verdadeiramente e, não só discursivamente, como a estratégia de organização do SUS (MENDES, 2011).

A partir da concepção histórica que foi apresentada até agora, o modelo de atenção à saúde no SUS será novamente abordado no marco conceitual desta pesquisa, uma vez que ele será determinante na análise do objeto de estudo.

### 3.5 MODELOS ASSISTENCIAIS NA ODONTOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A odontologia insere-se na assistência pública no Brasil a partir de 1912, quando ocorre a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO e LOUREIRO, 1997). Porém, o atendimento escolar mostrava-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público a mesma forma de atenção praticada nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

A partir da década de 50, a prática da odontologia no serviço público passa a se estruturar com base no clássico modelo de assistência a escolares, preconizado pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e pelo atendimento a demanda espontânea em unidades de saúde. Denominado como Sistema Incremental, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal e se manteve hegemônico no Brasil durante mais de 40 anos, até o final dos anos 80 (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Segundo Freire (1964), um modelo incremental consiste em um método para reduzir necessidades de tratamento odontológico acumuladas de forma organizada em uma dada população e a partir deste esforço gerenciar o incremento destas necessidades em determinado período. Sua lógica prevê a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais

jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993).

O sistema incremental da FSESP foi aplicado durante quase quatro décadas pelo Estado brasileiro, em regiões onde a prática odontológica pública pôde ser organizada. Em alguns municípios, a prioridade máxima aos escolares foi a tônica assistencial. Quando muito, ofereceram-se apenas atendimentos de urgência aos adultos, sob o argumento do custo elevado dos insumos odontológicos reabilitadores, da disponibilidade de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e do planejamento restrito ao caráter normativo, não aberto às demandas sociais. Ações de promoção da saúde, preventivas e educativas foram raras e, com frequência, inconsequentes (MOYSÉS, 2008).

Apesar de romper com a lógica do atendimento a livre demanda, o sistema incremental foi um modelo considerado excludente, uma vez que as ações preventivas ficaram restritas aos escolares e para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas. Os resultados alcançados nesta lógica não melhoraram as condições de saúde bucal da população, provocando, na melhor das hipóteses, um aumento do número de dentes restaurados (NARVAI, 1994; OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Na década de 1980, duas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) evidenciaram, em seus textos, a fragilidade do setor da saúde bucal no Brasil. A 7ª CNS abriu espaços para a inserção da odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista e com recursos humanos inadequados. Já durante a 8ª CNS, o movimento nascente da saúde bucal coletiva defendeu as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária. Como parte deste processo realizou-se, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), a qual afirmou a saúde bucal como parte

integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e, esboçando um diagnóstico da situação de saúde bucal no país, apontou rumos para a inserção da odontologia no SUS (MOYSÉS, 2008).

Sendo assim, os modelos assistenciais passam a ter maior importância a partir das discussões do movimento sanitário e da criação do SUS, por conta das ações de municipalização da saúde. Em decorrência das críticas ao sistema incremental, surgem a partir do final dos anos 80, propostas desenvolvidas em alguns municípios no sentido de organizar a atenção em saúde bucal, tais como o Programa Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar (OLIVEIRA *et al.*, 1999; COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

O Programa Inversão da Atenção (PIA) surge no final da década de 80, a partir das concepções teóricas de Loureiro e Oliveira (1995, *apud* OLIVEIRA *et al.*, 1999) contrariando as ações curativas do Sistema Incremental, enfatizando medidas preventivas para o controle da doença cárie e estabilização do meio bucal. A organização do modelo se dá em fases ordenadas de estabilização, reabilitação e declínio, sendo que uma fase só inicia após o término da anterior (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

A partir de um novo entendimento sobre o processo saúde-doença como fenômeno coletivo, a teoria da inversão da atenção busca atuar sobre o mesmo de forma modificada, tendo a desespecialização como modo de organização do processo de trabalho e utilizando o conceito de invento situacional, para possibilitar o reconhecimento da diversidade de situações para a construção de sistemas de saúde bucal com características locais (LOUREIRO, 1998).

O grande mérito deste sistema, segundo Oliveira *et al.* (1999), foi ter resgatado uma matriz programática sob as novas bases que se apresentavam na época, ou seja, os princípios do SUS. Sua principal característica é o controle epidemiológico da doença cárie, a partir de tecnologias originadas do preventivismo escandinavo. Porém, quanto à sua abrangência, o modelo também necessitava de um coletivo restrito para atuar, e mais uma vez os escolares foram escolhidos, em detrimento do restante da população.

O PIA se espalhou por muitos municípios do país, na forma de um “pacote pronto”, vendido por uma empresa de consultoria de Minas Gerais. Seu sucesso se deve, assim como no sistema Incremental, à sua estruturação como um modelo definido, normatizado, com base teórica sólida, constituindo-se em uma alternativa confortável para os

municípios que não dispunham de ferramentas, conhecimentos e tecnologias para organizar a atenção em saúde bucal no seu território, tal como propõe o SUS. Trata-se, portanto, do reflexo da estruturação dos modelos de atenção em saúde bucal no país, longe dos anseios da população e da consciência de mudança dos trabalhadores de saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Quanto à proposta da Atenção Precoce em Odontologia, ela teve como pressuposto o desenvolvimento da Cariologia, com a disseminação da ideia do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle desta o mais precocemente possível (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). Desta forma, preconizava a inclusão das crianças de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal (OLIVEIRA *et al.*, 1999; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Uma das experiências mais importantes desta vertente foi a criação da Bebê-clínica da UEL (Universidade Estadual de Londrina). Sob o lema “educar prevenindo e prevenir educando” e baseados no princípio de que “não é apenas uma boa educação que começa no berço, uma boa dentição também” (WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996), os professores da disciplina de Odontopediatria da UEL desenvolveram o projeto, com o objetivo de alcançar mudanças conceituais na época, através da conscientização da população para o atendimento precoce e manutenção da saúde bucal, visando a sua aplicação nos serviços públicos (BALDANI *et al.*, 2003).

A metodologia trabalhada na clínica de bebês englobava duas fases: educativa, com foco nos pais e/ou responsáveis; e preventiva, quando a criança recebe atendimento clínico e retorna a cada dois meses. A partir da iniciativa de Londrina outros municípios também implantaram clínicas de bebês, sendo que os resultados foram bem satisfatórios na população específica que o programa pretendia atingir. Houve redução no índice de cárie nas crianças assistidas e nas idades subsequentes, provavelmente devido à ênfase dada a prevenção e educação em saúde bucal, inclusive com a utilização de ferramentas motivacionais, diferente do que ocorreu com os modelos Sistema Incremental e PIA (OLIVEIRA *et al.*, 1999; BALDANI *et al.*, 2003; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Entretanto, a expansão acrítica da atenção precoce, na forma das clínicas de bebês estaria colaborando para o reforço de modelos de atenção excludentes e pouco resolutivos. Apesar de trazer uma abordagem preventivo-promocional, se não fosse incorporada a um

projeto mais amplo, a clínica de bebês não corroboraria com os princípios da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal, pois permanece a fragmentação do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 1999; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Como se pode perceber, durante todos esses anos os modelos de atenção à saúde bucal no país permaneceram dentro de uma lógica excludente e não conseguiram incorporar os princípios da universalidade, integralidade e equidade às ações de saúde bucal, sendo que em 2000, ocorre a inserção do cirurgião-dentista no PSF, seis anos após sua criação. Este processo inicia quando o Ministério da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, passa a estabelecer um incentivo financeiro para a contratação de cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene dentária, formando as Equipes de Saúde Bucal (MATOS; TOMITA, 2004).

Para Capistrano Filho (2000) “[...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS – o da integralidade das ações em saúde [...]”. Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos que eram a justificativa para a não efetivação do acesso (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

Em janeiro de 2004 foi lançado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que constitui o eixo político básico para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal (BRASIL, 2004), proposta em todos os níveis de atenção e centrada no eixo do cuidado. Para organizar esse modelo, são propostas “linhas do cuidado” para a criança, adolescente, adulto e idoso.

O modelo de atenção preconizado nesta política centra-se nos pressupostos da qualificação da atenção básica, da garantia de articulação da rede de atenção básica e a rede de serviços, da efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal, na utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento, no acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados, na atuação centrada na vigilância à saúde, na incorporação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, na definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores, no estabelecimento de uma política de financiamento e na definição da agenda de pesquisa científica (BRASIL, 2004).

Desta forma, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

O Brasil Sorridente procura vincular-se fortemente à ideia de estruturação da atenção primária à saúde, em particular no que se refere à estratégia de Saúde da Família, através das equipes de saúde bucal, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção e ampliar o acesso, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias. Para tanto, fizeram-se necessários também investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº. 1.570/GM, de 29 de julho de 2004 (MOYSES, 2008).

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal pela PNSB trabalha com os seguintes pressupostos (BRASIL, 2004):

1. Qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade;
2. Rede de atenção básica indissociável e articulada com toda a rede de serviços;
3. Integralidade nas ações de saúde bucal
4. Utilização da epidemiologia e das informações sobre o território para subsidiar o planejamento;
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados;
6. Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
7. Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
8. Política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal;
9. Política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;

10. Agenda de pesquisa científica para investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

Quanto às ações desenvolvidas a partir da PNSB, destacam-se a ampliação e qualificação da atenção básica, com estratégias que vão desde a promoção e proteção da saúde (fluoretação das águas, educação em saúde bucal, distribuição de insumos para higiene bucal), até a ampliação do acesso por meio das linhas de cuidado (crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos); e fortalecimento e ampliação da atenção secundária e terciária (BRASIL, 2004). Os resultados podem ser comprovados pelo aumento da cobertura da população por equipes de saúde bucal, que passou de 20% para 38% entre 2003 e 2013. Há cerca de 22.000 equipes em 4.952 municípios e quanto à atenção especializada, até dezembro de 2013 foram implantados 988 CEOs em todo o país (DAB/SAS/MS, 2014).

Uma outra ferramenta de monitoramento destas ações é o Projeto SB Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, cujo objetivo é se estabelecer como a principal estratégia do eixo da Vigilância em Saúde Bucal da PNSB, no que diz respeito à produção de dados primários de morbidade bucal. O último levantamento foi realizado em 2010 e mostra, entre os resultados mais significativos, redução na prevalência de cárie aos 12 anos medida pelo CPO-d (soma dos dentes cariados, perdidos e obturados), de 2,8 em 2003 para 2,1. O percentual de crianças “livres de cárie” (CPO = 0) passou de 31% em 2003 para 44% em 2010. Em adultos, a redução no CPO-d foi de 20,1 para 16,3. Estes resultados sugerem um maior acesso a serviços odontológicos (BRASIL, 2011c; RONCALLI, 2011).

No entanto, um estudo que descreveu o padrão de utilização, acesso e tipo de serviço odontológico utilizado por adultos e idosos das capitais brasileiras, através de dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), pontua que mais de 63% dos atendimentos odontológicos em 2009 foram realizados no ambiente do consultório particular e pagos por desembolso direto dos pacientes; em torno de 22% ocorreram por intermédio dos planos de saúde (convênios) e pouco mais de 13% se deram no âmbito do SUS, porém com grandes variações entre as regiões do país. A falta de acesso aos serviços odontológicos foi



mais prevalente em mulheres, nos mais jovens, nos menos escolarizados e nos pardos (PERES M. A. *et al*, 2012).

Quanto às desigualdades de acesso e utilização dos serviços, estudo que compara dados das últimas PNADs comprova que, embora a proporção de brasileiros que nunca consultou um dentista tenha reduzido de 18,7% para 11,7% em dez anos, há grandes disparidades entre os estratos sociais, sendo que o aumento da renda pode ter tido maior impacto do que a expansão da rede pública na utilização de serviços odontológicos. Ainda que a oferta de serviços de atenção à saúde bucal pelo SUS tenha aumentado, ela é menor e menos abrangente do que a oferta de serviços médicos, com grandes diferenças regionais e parece estar ainda em grande parte direcionada para populações mais jovens e em idade escolar, reproduzindo o modelo histórico de organização dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil (PERES K. G. *et al*, 2012).

Percebe-se então que a PNSB, não obstante pareça caminhar na direção correta, ainda não tem a capilaridade e a solidez política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e de acesso na utilização dos serviços odontológicos, nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde no Brasil. Sugere-se que novos enfoques para a organização de serviços de saúde bucal venham a ser perseguidos, com destaque para a busca de garantia dos direitos sociais em saúde bucal (MOYSÉS, 2008).

Um destes enfoques de base populacional consiste na chamada abordagem de Fatores Comuns de Risco (*common risk factor approach*). Esta prática parte do princípio que, ao promover saúde controlando um pequeno número de fatores de risco, há maior impacto no enfrentamento de várias doenças, com baixo custo, maior eficiência e efetividade, comparando-se com abordagens específicas. Orienta-se pelas seguintes premissas: saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, determinante para a qualidade de vida; a importância da detecção precoce das doenças bucais, e por fim, o peso das doenças bucais nas condições de saúde da população, o qual é social, econômica e culturalmente definido (SHEIHAM, WATT, 2000; PETERSEN, 2003; MOYSÉS, 2008).



## 4 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual que guia uma pesquisa pode ser entendido como uma concepção ou abstração que procura explicar a realidade, contribuir para o seu entendimento e ainda possibilitar novas interpretações e transformações desta realidade, a partir de um conjunto de definições e de conceitos inter-relacionados (SAUPE; ALVES, 2000). Para Neves e Gonçalves (1984, *apud* Saupe; Alves, 2000) "marco conceitual é uma estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação", ao proporcionar suporte teórico para o desenvolvimento das várias etapas de uma pesquisa. Seu objetivo é o de focar o problema, formando um emaranhado dentro do qual o problema, os aspectos teóricos e os dados coletados serão examinados, tornando possível explicar as relações propostas e buscar a resposta ao problema de pesquisa pela sua integração no contexto científico. Além disto, contribui na identificação das questões que ainda precisam ser pesquisadas para que o corpo de conhecimentos continue sendo ampliado (SAUPE; ALVES, 2000).

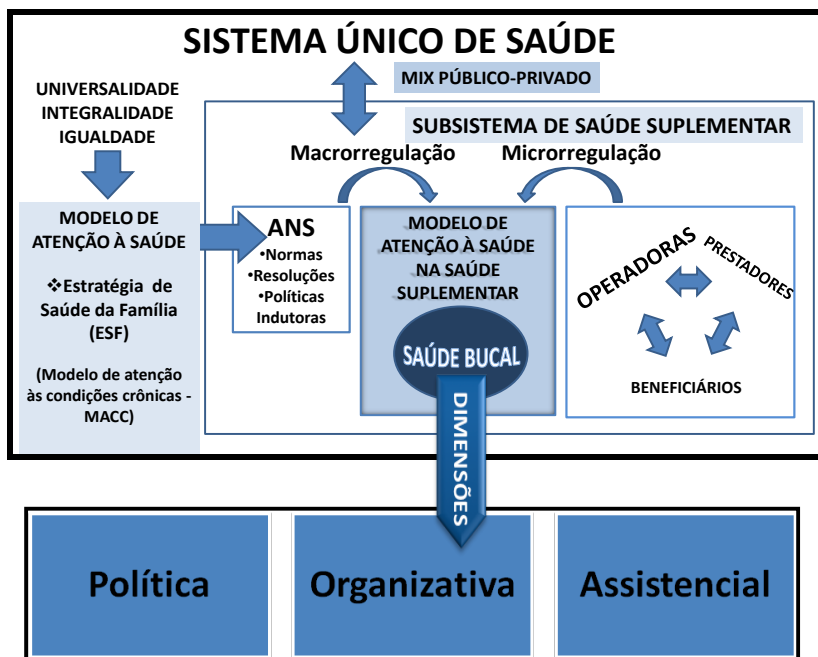
Quanto à terminologia, há na literatura certa pluralidade no uso de termos como estrutura teórica, referencial teórico, marco teórico e estrutura conceitual para o mesmo significado, ou seja, uma matriz de conceitos cujo conjunto determina o foco da investigação (NEWMAN, 1979 *apud* ANGERAMI; MENDES, 1989). As fontes que o pesquisador pode utilizar para a construção de um marco teórico são: suas próprias ideias decorrentes de análise e síntese do conhecimento atual; resultados extraídos de pesquisas anteriores; e conceitos inter-relacionados de teorias (ANGERAMI; MENDES, 1989).

Seguindo este raciocínio, pode-se dizer que o marco conceitual direciona todo o processo da pesquisa, desde a definição do problema até a análise e interpretação dos resultados. Deste modo, ele representa a fonte do conhecimento que é produzido através da pesquisa. É o marco conceitual que ilumina o problema e que dá a diretriz para a condução de todo o processo da pesquisa que, por sua vez, transforma o conhecimento ou a teoria existente, revertendo influências para a prática. Portanto, como elemento veiculador de conhecimento, o marco conceitual tem potencial para unir a teoria, a prática e a pesquisa (ANGERAMI; MENDES, 1989).

A partir das referências abordadas no marco contextual deste projeto foi possível construir um marco conceitual que permitisse delimitar com mais clareza o objeto deste estudo – **o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar** – o qual se dá a partir

da conformação do próprio sistema de saúde do país e das relações que se estabelecem entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o subsistema de saúde suplementar, conforme visto na figura abaixo:

**Figura 1. Modelo conceitual dos fatores que interferem no modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar.**



Fonte: a autora.

Olhando o modelo conceitual a partir dos conceitos mais distais ao objeto, observa-se que o SUS, através de seus princípios ordenadores, configura um determinado **modelo de atenção à saúde**, traduzido nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e, mais recentemente, renovado pela proposta de um **modelo de atenção às condições crônicas**. Ao mesmo tempo, ao englobar o **subsistema de saúde suplementar**, caracteriza-se como um sistema duplicado, onde os arranjos entre o mercado da saúde e o Estado constituem o **mix público-privado** do sistema.

A ANS, como Agência Reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, além de estabelecer a regulamentação através de normas e

resoluções, busca formular políticas indutoras com base no modelo de atenção à saúde idealizado no SUS, em uma tentativa de aproximá-lo do subsistema de saúde suplementar, configurando a **macrorregulação** do setor. Por outro lado, ocorre também o processo de **microrregulação**, que se estabelece na interface das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. Estes dois processos acabam por determinar o **modelo de atenção à saúde na saúde suplementar**, e como consequência, seu **modelo de atenção em saúde bucal**, nas suas **dimensões política, organizativa e assistencial**.

A seguir, faz-se uma apresentação de cada um dos conceitos elencados no marco conceitual deste trabalho, para uma melhor compreensão do próprio objeto da pesquisa.

#### 4.1 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Desde a sua criação em 1988, e até mesmo antes, por conta do movimento pela reforma sanitária brasileira, o SUS vem sendo construído através da implementação de políticas, normas e estratégias que se refletem principalmente na organização dos serviços e das práticas de saúde. Sua trajetória tem sido marcada pela redefinição de ideias oriundas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2006).

Nos primeiros anos de implantação do SUS, prevaleceram ações na esfera político-jurídica e administrativa com integração e fusão de instituições, além da viabilização de estruturas físicas e recursos humanos, associados à tentativa de manter e difundir os novos princípios da política de saúde. Preocupações com mudanças no modelo assistencial permaneceram restritas, embora um conjunto de críticas e pesquisas já apontasse os perigos que a falta de transformações no cotidiano assistencial da população poderia trazer para a legitimidade da Reforma Sanitária (CORDEIRO *et al.*, 2010).

As propostas para uma reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS emergem principalmente na década de 90, como foi anteriormente discutido no marco contextual. Surgem as ideias de um “modelo tecnoassistencial em defesa da vida” e das “ações programáticas em saúde”, as concepções da “vigilância da saúde”, o movimento das “cidades saudáveis”, organizado com base no conceito de “promoção da saúde” e como marco deste processo, o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF).

O PSF surge em um cenário onde a implementação do SUS acaba por transferir a responsabilidade pela atenção primária à saúde aos gestores municipais, sendo que hoje estes são os principais atores no que se refere à mudança do modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2006). A existência de um vazio programático para a questão assistencial parece explicar a emergência do programa, sendo possível, também, que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como um mecanismo operacionalmente viável para estimular o reordenamento das práticas em nível municipal (CORDEIRO *et al.*, 2010).

O programa tem se tornado, nos últimos anos, a principal ferramenta para a reorganização dos serviços de saúde na atenção básica. Tem como estratégia a reformulação do processo de trabalho no SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção e voltadas para a promoção, prevenção e recuperação dos agravos à saúde. Também se baseia na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em um território definido (SOUZA *et al.*, 2001; SOUZA; RONCALLI, 2007).

Desta forma, o modelo de atenção à saúde no SUS se configura atualmente com base nas diretrizes do PSF, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pode ser considerado inovador, ainda que tenha recebido influências externas importantes, das quais diferiu, sobretudo, por não instituir-se como uma proposta exclusiva de medicina familiar e, sim, como uma política pública voltada para a saúde da família. A ESF se distanciou de forma singular dos modelos de medicina familiar prevalentes no mundo desenvolvido que, em geral, se articulam em torno do papel protagonista dos médicos generalistas ou de família e valorizam a liberdade de escolha dos médicos pelos usuários, independentemente de adscrição geográfica, com o objetivo de obter ganhos de competitividade. Pelo contrário, a estratégia optou por um modelo de base populacional e territorial que se articula em função de mecanismos de cooperação e não de competição (MENDES, 2012).

Essa opção estratégica convoca, necessariamente, a territorialização dos espaços de atuação e a ação intersetorial, de modo a cumprir com os objetivos do SUS inscritos na legislação e a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura, reabilitação e palição das condições de saúde. Outro grande diferencial da ESF é ter incorporado, desde seu início, o trabalho multiprofissional

realizado em equipe e a figura do agente comunitário de saúde (ACS), criando possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, as pessoas usuárias e suas famílias, e as organizações e movimentos sociais do território (MENDES, 2012).

As evidências produzidas por diversos estudos avaliativos em diferentes regiões do Brasil indicam, de forma clara, que os resultados da ESF são muito positivos, mesmo assistindo, em geral, a uma população de maior vulnerabilidade social. Isso ocorre porque há uma maior organização a partir das ações desenvolvidas pela ESF, com impacto significativo tanto nos níveis de saúde da população como em outros determinantes sociais, tais como educação e emprego (MENDES, 2012).

A estratégia também propiciou mudanças no processo de trabalho com atividades inovadoras nas Unidades Básicas de Saúde com ESF em comparação às tradicionais, sendo a mudança do perfil das práticas mais evidente em municípios de pequeno porte. No entanto, persistem importantes problemas no acesso, principalmente para serviços especializados e exames complementares, na obtenção e na manutenção de recursos humanos adequados, na gestão e na implantação em grandes municípios e regiões metropolitanas (CONILL, 2008).

A partir desta contextualização passamos a trabalhar o referencial de Mendes (2010; 2011; 2012) para apresentar as atuais propostas de modelo de atenção à saúde no SUS, que passam pelo fortalecimento da ESF através da incorporação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

#### **4.1.1 A consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Uma vez que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais às necessidades de saúde dos cidadãos, estes deveriam operar em total coerência com a real situação de saúde das pessoas. No Brasil, esta realidade é marcada hoje por uma transição demográfica acelerada, aliada a uma tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica de condições crônicas. Essa situação não poderá ser respondida adequadamente por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Há que se estabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, através da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma

nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população (MENDES, 2011).

Sendo assim, as RAS são organizações de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, com responsabilidade sanitária e econômica. Seus principais objetivos são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2012).

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011).

No Brasil, a concepção das RAS vem sendo discutida há algum tempo, tendo sido incorporada oficialmente ao SUS pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida "como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". No Decreto Presidencial explicita-se que "a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde" (BRASIL, 2011b; MENDES, 2012).

Nas RAS o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, não havendo uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Rompem-se as relações verticalizadas onde o sistema é formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidades), para, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, constituírem-se redes policêntricas horizontais em que o centro de comunicação situa-se na Atenção Primária à Saúde (APS).



O quadro abaixo, adaptado de Mendes (2011), aponta algumas diferenças entre um sistema fragmentado e as redes de atenção à saúde, e serve de subsídio para a contextualização das propostas atuais de modelos de atenção à saúde voltados para condições crônicas.

**Quadro 3. Diferenças entre o sistema fragmentado e as redes de atenção à saúde.**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>SISTEMA FRAGMENTADO</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento.	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados.	Voltado para uma população adstrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado pelos profissionais e pela pessoa usuária.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Continua...

...Continuação

Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas.	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos.	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias, com ênfase no autocuidado apoiado.
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados.	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede.

**Fonte: Adaptado de Mendes (2011, p. 56).**

A partir da estruturação das RAS, surge um novo ciclo da atenção primária à saúde no SUS, o qual se caracteriza pela consolidação definitiva, no plano paradigmático, da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Consolidar a ESF significará construí-la, verdadeiramente, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política de APS no SUS, fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS (MENDES, 2012).

Há evidências de que os sistemas de atenção à saúde baseados em uma forte orientação para a APS são mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto das pessoas e famílias; e de maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na

prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (MENDES, 2010).

Mas, para que todos esses benefícios aconteçam, a APS deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, a coordenação e a responsabilização, ou seja, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população, sendo que uma das questões mais importantes para que a ESF atue efetivamente nos moldes da APS e como parte e centro de comunicação das RAS é a adoção de modelos de atenção efetivos para as condições de saúde agudas e crônicas. (MENDES, 2010; 2011).

O termo condição de saúde pode ser definido como uma circunstância na saúde das pessoas que se apresenta de forma mais ou menos persistente e que exige respostas reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. Para uma adequada organização dos sistemas de atenção à saúde, classificar as doenças e agravos como condições de saúde é mais interessante do que trabalhar com a divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido (MENDES, 2011).

Desta forma, as condições de saúde podem ser divididas em agudas e crônicas, de acordo com o tempo de duração (breve ou longo) e principalmente, de acordo com a forma como evoluem, sendo que as condições crônicas são mais complexas, pois podem apresentar múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos (MENDES, 2011).

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (como diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (como hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (como amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; bem como a grande maioria das **doenças bucais** (MENDES, 2011).

Um dos problemas da ESF é o fato de que ela opera, na sua grande maioria, com modelos de atenção à saúde baseados em um sistema fragmentado, com forte orientação para as condições e para os eventos agudos, demonstrando uma carência generalizada de reflexão e operacionalização de modelos de atenção às condições crônicas, que sejam desenvolvidos com base em evidências científicas, para atuar de forma proativa, contínua e integrada (MENDES, 2012).

É importante destacar que as condições agudas também devem ser consideradas dentro do SUS, através de um modelo de atenção adequado à natureza singular dessas condições de saúde. Este deve ser baseado em uma classificação de riscos, modificando a lógica hospitalocêntrica do atendimento às urgências e emergências, que tem causado as tão conhecidas filas na atenção hospitalar. A partir da definição do risco de uma determinada pessoa em situação de emergência, é possível estabelecer o tempo-resposta para o atendimento, bem como o local adequado para o mesmo, que poderá ser um hospital, em seus diferentes tipos, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou até mesmo uma Unidade Básica de Saúde (MENDES, 2012).

Sendo assim, as condições de saúde agudas e crônicas, ainda que convoquem modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar a atenção às urgências e às emergências, bem como distribuir equilibradamente as pessoas usuárias, segundo seus riscos, para que essas redes funcionem de forma efetiva, eficiente e humanizada. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles, o grande número de portadores de urgências menores, mas para que estas pessoas sejam acolhidas na atenção básica, esse nível de atenção necessita ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas, para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção, liberando tempo das equipes de saúde da atenção básica para atender, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea (MENDES, 2011).

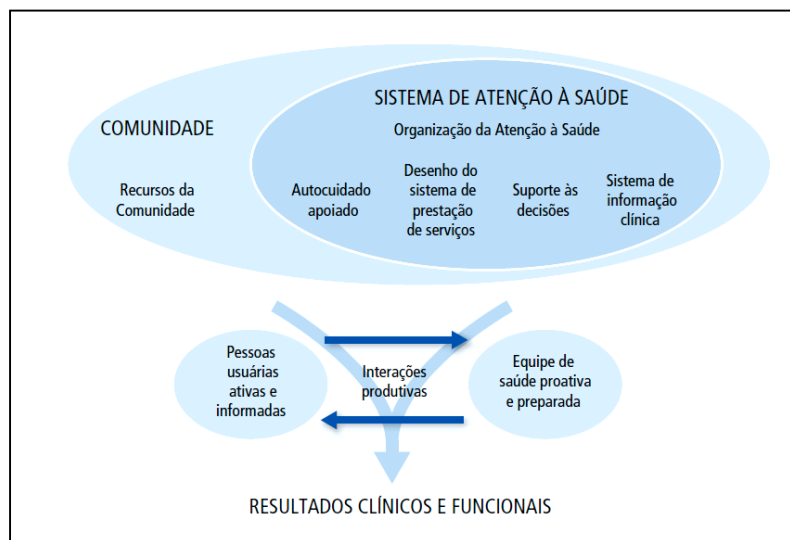
#### 4.1.2 As atuais propostas de modelos de atenção às condições crônicas

Mendes (2011; 2012), ao falar sobre o tema Redes de Atenção à Saúde, afirma que são três os elementos constitutivos de uma rede: a população, a estrutura operacional e **o modelo de atenção à saúde**, sendo este um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

Um modelo de atenção é definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudar os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança às situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde dirigidos ao manejo destas condições (MENDES, 2012).

A proposta de um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS (MACC) foi desenvolvida por Mendes (2011) a partir de alguns modelos já discutidos e avaliados na literatura: o Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model* -CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e o Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead (MENDES, 2011).

O CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver usuários informados e ativos, e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população. A figura abaixo representa o CCM e foi originalmente apresentada por Wagner (1998) e traduzida por Mendes (2011).

**Figura 2. O modelo de atenção crônica (CCM).**

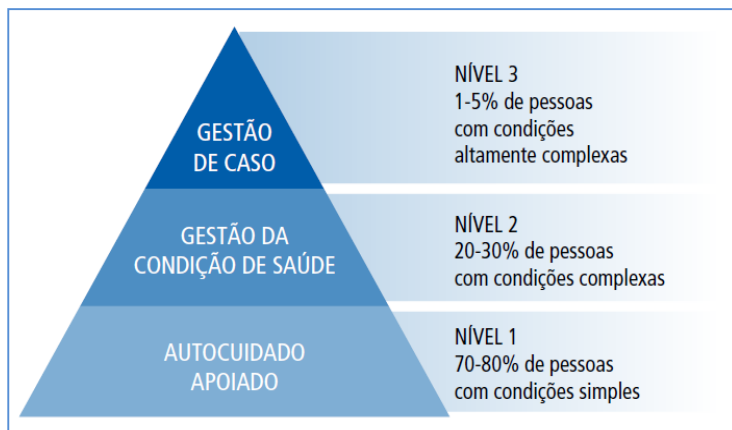
**Fonte: Wagner (1998), com tradução de Mendes (2011).**

Um segundo modelo que está presente na construção do MACC é o modelo da pirâmide de riscos (MPR), conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente (KP), uma operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial. Ele permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos, onde o primeiro seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio; o segundo por portadores de condição moderada e o terceiro por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado (MENDES, 2012).

Este modelo tem sido utilizado em diversos países além dos EUA, como Canadá, Reino Unido, Austrália e Dinamarca, sendo que ele também se apoia na teoria do espectro da atenção à saúde, advinda do NHS. Nela, os cuidados em saúde variam de 100% de autocuidado apoiado (por exemplo, escovação regular dos dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento cirúrgico). Entre esses dois extremos há um gradiente de autocuidado apoiado e de cuidado profissional, que varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas simples terão uma proporção de autocuidado apoiado maior em relação ao cuidado

profissional, que as pessoas portadoras de condições crônicas muito ou altamente complexas (UNITED KINGDON, 2005; MENDES, 2012).

**Figura 3. O modelo da Pirâmide de Riscos.**



**Fonte: Mendes (2012).**

Ao se fazer um paralelo deste modelo com a realidade da ESF, verifica-se a importância da estratificação da população com condições crônicas, uma vez que se podem oferecer maiores cuidados profissionais a quem mais necessita, organizando a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional, e consequentemente, a agenda dos profissionais de saúde, tomando-se o cuidado de sempre cruzar o estrato de risco com a capacidade pessoal de autocuidado (MENDES, 2012).

O terceiro modelo que influenciou a construção do MACC foi o Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead. Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro-determinantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (MENDES, 2011, 2012).

**Figura 4. O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead**



**Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991 *apud* MENDES, 2011).**

Há três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea: a primeira, a da determinação social da saúde, considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; a segunda, voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e a terceira, o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as organizações do setor saúde. O MAAC permite integrar essas três perspectivas que se complementam, uma vez que há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si só, um importante determinante social da saúde (MENDES, 2012).

O MACC foi desenvolvido com base nos modelos apresentados, mas se diferencia deles porque foi concebido para o SUS, que como um sistema público universal, deve ser marcado por valores de solidariedade e cooperação. Sua base principal é o CCM, no entanto ele agrega outros elementos para ajustá-lo a esta singularidade, uma vez que o CCM foi concebido originalmente para o ambiente do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, fortemente marcado por valores da sociedade americana, dentre eles o auto interesse e a competitividade (MENDES, 2012).

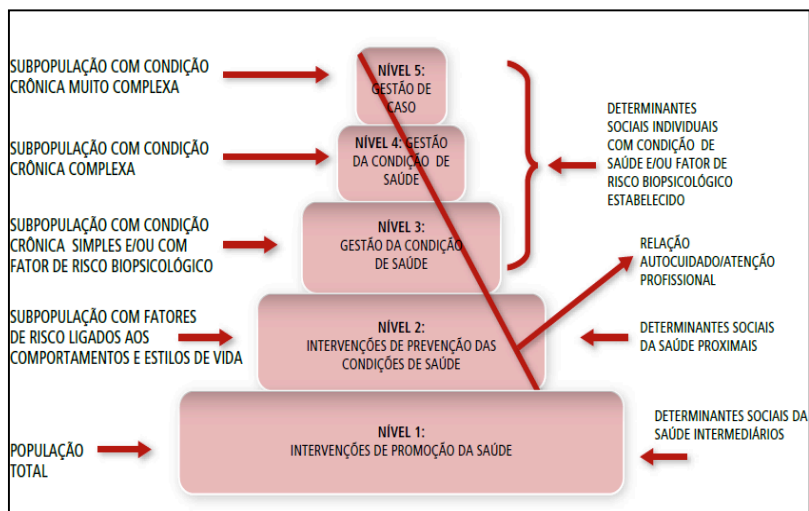
Sendo o SUS um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações, o MACC precisava incorporar um modelo de gestão de base populacional e que



trabalhasse com a estratificação da população segundo riscos, ou seja, o MPR. Além disso, por operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva do mandamento constitucional, o SUS também precisava de um modelo que acolhesse os diferentes níveis da determinação social da saúde, o que explica a expansão do MACC para incorporar o modelo de Dahlgren e Whitehead (MENDES, 2012).

A figura a seguir representa o MACC que deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos; na coluna da direita estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais; e na coluna do meio estão os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

**Figura 5. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**



**Fonte: Mendes (2011; 2012)**

A partir da figura e trazendo a proposta do modelo para a realidade da ESF, pode-se dizer que o lado esquerdo corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da ESF, estratificadas por riscos, o que constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população. O conhecimento da população da ESF envolve um processo complexo, que vai desde a territorialização e o

cadastramento das famílias até a classificação das famílias por risco sócio sanitário e a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos, com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos e com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2012).

O meio da figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias, sendo que nos níveis 1 e 2 ainda não há uma condição de saúde estabelecida. As intervenções no nível 1 são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, sendo que o modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional dentre outras. No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde, com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, os quais são considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (MENDES, 2012).

Ao fazer um paralelo com a saúde bucal, sabe-se que tais fatores influenciam sobremaneira as condições de saúde bucal, sendo que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu documento intitulado “World Health Report 2002”, já alertava que mudanças no estilo de vida da população mundial, tais como dieta rica em açúcar, aumento no consumo de tabaco e álcool têm predisposto a doenças crônicas não-transmissíveis assim como às doenças bucais. Desta forma, coloca-se como desafio para os sistemas de saúde coordenar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais com a intervenção nos fatores de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis, buscando articulação entre as ações, através da abordagem de fatores de risco comuns, sugerida como proposta para o modelo assistencial em saúde bucal internacionalmente e no Brasil (SHEIHAM; WATT, 2000; PETERSEN, 2003; MOYSÉS, 2008).

A partir do nível 3 existe uma condição de saúde ou um fator de risco biopsicológico estabelecido e assim, opera-se principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe multiprofissional da ESF. Já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional,

sendo necessária uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas. Nestes dois níveis concentram-se a grande maioria da população com condições crônicas de saúde (MENDES, 2012).

Por último, no nível 5 concentram-se as pessoas com necessidades de saúde muito complexas, para as quais se destinará o maior aporte de recursos. As necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso, com uma alta concentração de cuidado profissional. A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde. Ela cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde. Mas o objetivo terminal da gestão de caso é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia e independência às pessoas (MENDES, 2012).

Coube aqui este comentário sobre a gestão de caso, por ser uma das tecnologias da gestão da clínica, a qual é derivada de conceitos oriundos da atenção gerenciada ou gerenciamento do cuidado (*managed care*). O *managed care*, desenvolvido no sistema de saúde americano, consiste em um painel de instrumentos de financiamento e gestão, sendo que no Brasil muitas operadoras de planos de saúde utilizam parte destes dispositivos como ferramenta microrregulatória, como veremos mais a frente neste mesmo capítulo.

Sendo assim, o MACC é uma proposta de modelo de atenção a ser incorporado no SUS que possibilitará reorganizar e integrar os serviços de saúde por meio das Redes de Atenção, estabelecendo um novo ciclo para superar os desafios estruturais da ESF. Sua implementação passa por um processo de mudança cultural complexo, porém viável, pois segundo Mendes (2012) “a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas”.

Na visão da pesquisadora, é imprescindível que o MACC, ao ser adotado como referência para o SUS, incorpore a atenção à saúde bucal, dada a inter-relação das condições bucais com a grande maioria das doenças crônicas. Desta forma, seria possível reverter o quadro histórico de descaso com a saúde bucal no sistema público, comprovado pela menor abrangência dos serviços, quando comparados à assistência médica, e pelo caráter excludente das ações, que ainda hoje se

direcionam às crianças e adolescentes em fase escolar (PERES K. G. *et al*, 2012), um dos grandes entraves para a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal.

#### 4.2 O SUBSISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR E O *MIX* PÚBLICO-PRIVADO DO SISTEMA BRASILEIRO

Como visto anteriormente no marco contextual, a caracterização do sistema de saúde brasileiro se dá pela articulação entre público e privado, sendo que alguns autores o dividem em sistemas, subsistemas ou ainda em subsetores (MENDES, 2001; PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2011a). Frente à diversidade de termos para a saúde suplementar no Brasil optamos por abraçar a denominação de subsistema para melhor compor e estruturar o marco conceitual do objeto deste estudo, uma vez que desta forma fica claro que a saúde suplementar está dentro do contexto do SUS, que constitucionalmente é definido como um “Sistema Único”, apesar de ser livre à iniciativa privada.

É importante compreender, também, por que o setor de planos de saúde no Brasil é denominado **suplementar**. Essa denominação integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde (BRASIL, 2011a).

Já na concepção da OECD, existem quatro categorias de assistência à saúde nas quais o setor de planos e seguros pode se encaixar: suplementar, complementar, duplicada e principal. Considerando que uma categoria não exclui outra, o setor de planos e seguros de saúde pode ter características de mais de uma delas no mesmo país, dependendo do desenvolvimento do setor público de saúde e da política governamental para o setor. Nesta classificação, para desempenhar um papel de complementaridade, os planos e seguros privados de saúde deveriam oferecer uma cobertura não ofertada pelo setor público (OECD, 2004; BRASIL, 2011a).

Desta forma, o subsistema de Saúde Suplementar estaria mais de acordo com as características de um sistema duplicado ou paralelo quanto à cobertura de serviços de saúde, pois oferece às pessoas que já estão cobertas pelo sistema público de saúde uma cobertura privada alternativa com o mesmo “cardápio” de serviços, diferenciados apenas em termos de hotelaria, de uma maior facilidade para agendar o

atendimento e da maior possibilidade de escolher medicamentos não genéricos (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008; BRASIL, 2011a).

Verifica-se que a separação dos setores público e privado, embora possível na teoria, não o é no cotidiano da ação em saúde, pois ocorrem combinações e entrecruzamentos entre a oferta pública e privada dos serviços. Muitos prestadores privados (hospitais com e sem fins lucrativos, serviços de apoio diagnóstico, ambulatorios médicos e outros) prestam serviços tanto ao SUS quanto a pacientes dos seguros de saúde privados, sendo que, em muitos casos, o padrão de cuidado é dual e depende do valor recebido por paciente. Com isso, a inserção da população no sistema de saúde e a consequente utilização dos serviços não se dão de forma linear e unidirecional (FINKLER *et al.*, 2009; VICTORA *et al.*, 2011).

Esta duplicação do sistema, bem como a segmentação do acesso, têm se constituído em uma característica perversa e consequentemente, uma das questões centrais na análise dos problemas do SUS, pois enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários do subsistema privado podem constitucionalmente utilizar o sistema público, o que se dá, geralmente, para exames e procedimentos mais sofisticados e para acesso a medicamentos mais custosos (CONILL *et al.*, 2008).

Entre as consequências da segmentação do sistema podem ser elencadas: o elevado padrão de gastos privados com saúde, especialmente com planos de saúde, comprovado pelos dados da PNAD (BRASIL, 2010); a transferência de riscos relacionados com custos assistenciais para as famílias, em função do padrão de competição e autonomia dos prestadores de serviços; o padrão diferenciado, segundo condição de cobertura, de utilização de serviços, no que se refere a quantidade de serviços e qualidade da atenção prestada (BAHIA, 2005).

Outra consequência se dá em relação ao aporte de recursos financeiros, sendo que as discussões sobre o orçamento para a saúde envolvem tanto os pleitos por aumento de recursos para o sistema público, quanto os relativos à ampliação das isenções fiscais, créditos e anistias de dívidas para estabelecimentos e prestadores privados (BAHIA, 2009). O estímulo à aquisição de planos privados de saúde, especialmente pela legislação tributária, que permite a dedução destas despesas do imposto de renda, considerado um subsídio altamente regressivo, pode significar um enfraquecimento na capacidade de financiamento do SUS. Alia-se a isto a necessidade de uma regulação mais rígida na questão do ressarcimento ao SUS, quando os pacientes

com seguros privados utilizarem serviços públicos e a redefinição do papel do setor privado no SUS, para minimizar a competição entre os subsistemas (VICTORA *et al.*, 2011; MENDES, 2012).

Percebe-se então que Estado e setor privado são, mesmo com composição variada, em função da adoção desta ou daquela política de saúde, inseparáveis na constituição do sistema de saúde brasileiro, destacando a participação governamental nesta configuração denominada “*mix* público-privado” (CECÍLIO *et al.*, 2005). Esta interface, apesar de ter se consolidado no tempo, permanece como importante fonte de conflitos e contradições, sendo que interessa examinar o conjunto de estabelecimentos, equipamentos e profissionais que compõem a oferta de serviços para a população de modo a identificar os diversos arranjos que se estabelecem. Mas, principalmente, é preciso reconhecer a sua interdependência e a importância do mapeamento de sua configuração atual para que seja possível propor melhores rumos (CORDEIRO *et al.*, 2010).

Em resumo, restam importantes lacunas para a reflexão sobre a interface SUS-planos privados de saúde, e as complexas dimensões do *mix* público-privado da saúde no Brasil estão ainda por serem adequadamente enfrentadas, sendo que o cenário aponta para a necessidade de construção de um processo regulatório que possa fazer prevalecer o interesse público na garantia dos princípios constitutivos do sistema de saúde. No sentido da efetivação do direito à saúde, significa estabelecer limites ao processo de apropriação privada do espaço público na assistência à saúde de forma que o setor de planos privados privado se ativesse aos aspectos de fato suplementares a um sistema integral e efetivo (BAHIA, 2001; CORDEIRO *et al.*, 2010; VICTORA *et al.*, 2011; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

### 4.3 A MACRORREGULAÇÃO E A MICRORREGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

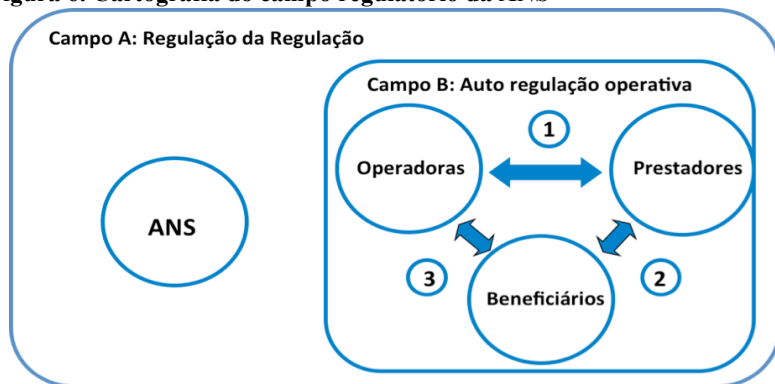
A regulação da saúde suplementar, amparada pelas leis 9656/98 e 9965/00, trouxe novos desafios e perspectivas ao setor. Em um primeiro momento, a preocupação maior foi com a adequação econômico-financeira das operadoras frente a essa nova forma de organização e novas exigências da ANS. Passada essa fase, a ANS como componente macrorregulador do subsistema de saúde suplementar, tem trabalhado com a perspectiva de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada, principalmente, focando em modelos assistenciais voltados para a

promoção da saúde e prevenção, rompendo com a lógica curativista e de livre demanda, característica do setor.

Contudo, frente às imposições legais, as operadoras e prestadores têm desenvolvido ferramentas microrregulatórias como meio de se manter no mercado. Algumas delas são a instituição de protocolos, de mecanismos de referências e fluxos que dificultam a solicitação de alguns procedimentos, co-pagamentos, entre outros. A compreensão desse processo microrregulatório tem sido considerada importantíssima para viabilizar uma nova perspectiva de regulação (MALTA *et al.*, 2004).

Visando facilitar o entendimento do processo regulatório na saúde suplementar, Cecílio *et al.* (2005) propõem um diagrama para a visualização da cartografia do campo regulatório da ANS, abrindo a discussão sobre como atuar com vistas à transformação e à ampliação do processo de regulação, incorporando a perspectiva assistencial (Figura 6).

**Figura 6. Cartografia do campo regulatório da ANS**



**Fonte:** Cecílio *et al.* (2005).

A cartografia da regulação apresentada se distingue em dois planos: o campo A, considerado o da **macrorregulação**, é composto pela legislação e regulamentação determinadas pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS e outros entes governamentais. Dessa forma, é “o braço do Estado que se projeta sobre o mercado” (CECÍLIO *et al.*, 2005).

O Campo B, denominado como o da **microrregulação**, representa as relações que se estabelecem entre operadoras, prestadoras e beneficiários, sem uma clara intervenção do estado. Cecílio *et al.*

(2005) afirmam que nesse campo se estabelecem os espaços relacionais que compõem o mercado de seguros privados de saúde propriamente dito.

O processo de regulação se insere, portanto, dentro de um cenário de disputas e de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. Em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema. A microrregulação, ou regulação assistencial, traduz esse cotidiano da operação do sistema a partir das regras estabelecidas na macrorregulação (SANTOS; MERHY, 2006).

A macrorregulação pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscritas nos postulados legais do SUS, ou em bases corporativas ou tecnocráticas apoiadas nos interesses dos mercados privados. Uma vez que não existe sistema sem regulação, a diferença se dá a partir das premissas e disputas que a orientam. Nesse entendimento, o agente regulador, dentro de dado contexto histórico e político, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, direcionando a produção da saúde para os seus macroobjetivos (SANTOS; MERHY, 2006).

A complexidade do processo regulatório da saúde suplementar também ocorre por se dar em um campo já previamente regulado pelo Estado, tanto no que se refere ao espaço relacionado aos prestadores (onde as entidades de classe atuam no sentido de ordenar as práticas profissionais, inclusive com o objetivo de resguardar a autonomia destas práticas), como no espaço relacionado às operadoras, que são regidas por um arcabouço de leis e regulamentações preexistentes e específicas para cada modalidade empresarial. Ainda cabe incluir a força de trabalho tanto das operadoras como dos prestadores, que é regida pelas leis trabalhistas e a legislação referente às questões tributárias (CECÍLIO *et al.*, 2005).

Pode-se dizer então que a atuação da ANS significa a pretensão de uma forte regulação do Estado sobre um “mercado” que não é um mercado genérico, mas um mercado com características histórico-sociais bem singulares, específicos do nosso país, com sua história de relações ambíguas com o Estado (CECÍLIO *et al.*, 2005).

Há que se considerar ainda uma possível expansão da atenção gerenciada ou gerenciamento do cuidado (*managed care*) no subsistema de saúde suplementar. A atenção gerenciada se caracteriza pela organização de serviços de atenção à saúde sob o controle administrativo de grandes organismos privados, os quais intermediam a



relação entre produtores de serviços e consumidores. Representa o controle do ato médico, onde não há *a priori* uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário, mas uma ação reguladora externa, visando à redução de custos (IRIART, 2000 *apud* MALTA *et al.*, 2004).

A atenção gerenciada pode ser considerada um importante analisador da Reestruturação Produtiva e da Transição Tecnológica na saúde. Segundo Merhy e Franco (2006), a reestruturação produtiva pode ser definida como

as novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas *a priori*, mas verificadas a partir do momento que estruturam novos modos de produção e organização dos processos de trabalho. Em geral, buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos.

É válido dizer que a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho ou não, pode significar apenas uma forma nova de se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico, ou seja, nem todo processo de reestruturação produtiva conduz a uma transição tecnológica. Sendo assim, compreende-se que a transição tecnológica é como um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, buscando implementar um reordenamento na lógica dos processos assistenciais, modificando a composição das modalidades tecnológicas neles presentes. Verifica-se na transição tecnológica a hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do trabalho vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança como o que é proposto na transição tecnológica (MERHY; FRANCO, 2006; MENESES *et al.*, 2013).

Desta forma, a atenção gerenciada parte da premissa que o controle administrativo do processo produtivo é capaz de estancar o crescente consumo de procedimentos e com isso, reduzir os custos operacionais das operadoras. Para exercer esse controle, estas identificaram que é necessário controlar o trabalho vivo dos prescritores

e seu processo decisório, que passa de solitário e privado para público e partilhado, momento em que surge a figura do “auditor”, com poder de autorizar ou não procedimentos, em cima de protocolos onde os parâmetros estão previamente fixados (MERHY; FRANCO, 2006).

Por conta dos elementos que opera, a atenção gerenciada introduz novos mecanismos no espaço microrregulatório, que impactam nos espaços relacionais, tais como: contratação seletiva de prestadores e constituição de rede; gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, com adoção de protocolos clínicos; introdução do profissional generalista na “porta de entrada”; requisição de autorizações prévias; revisão/supervisão das práticas médicas; adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos prestadores para conter custos; remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador; negociação de preços em função do número de pacientes; e adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos beneficiários para induzir a escolha de prestadores associados aos planos ou aqueles considerados preferenciais (CECÍLIO *et al.*, 2005).

Em função destas questões, vem à tona o questionamento sobre até onde território da microrregulação poderá ser regulado, uma vez que o protagonismo dos atores deste espaço constrói ativamente seus próprios mecanismos de regulação, os quais com sua lógica própria acabam “escapando” do conjunto de normas, resoluções, portarias, leis e decretos da ANS. A política de qualificação da saúde suplementar poderia contribuir nesta questão e ser um caminho para o estabelecimento de novas práticas de micro e macrorregulação, pois a avaliação dos resultados obtidos possibilita que a ANS monitore o desempenho do setor como um todo e torna mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimula a melhoria da qualidade e do desempenho da saúde suplementar (CECÍLIO *et al.*, 2005; BRASIL, 2011a).

#### 4.4 DIMENSÕES PARA A ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O emaranhado de relações que forma o marco conceitual do estudo indicou a necessidade de se construir uma matriz de análise do objeto, para facilitar tanto a elaboração dos instrumentos de coleta de dados como para a própria análise dos resultados obtidos.

Malta *et al.* (2005), em um estudo que buscou analisar os modelos assistenciais praticados por operadoras de planos de saúde,

utilizaram uma matriz de análise construída a partir da concepção de Merhy, Cecílio e Nogueira (1992), na qual os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias dos grupos sociais, que apoiados na dimensão política, resultam em dada forma de organizar a assistência. Esta matriz incorporava, portanto, as seguintes dimensões: **objetivos** (ou propósitos que instituem o segmento, tais como missão institucional), **política, saberes tecnológicos, organizativa e assistencial**. Os autores afirmam que a matriz proposta não pode ser tomada como um somatório de partes, mas que as dimensões se interpenetram e se condicionam mutuamente, constituindo articulações concretas, sociais e históricas que possibilitam analisar os modelos tecnoassistenciais constituídos.

Esta concepção corrobora com a definição de Teixeira (2006), na qual um determinado “modelo de atenção à saúde” inclui três dimensões: uma **gerencial**, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão **organizativa**, que leva em conta as relações entre as unidades de prestação de serviços e a sua hierarquização em termos de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente **técnico-assistencial**, ou operativa, que diz respeito à relação entre o sujeito das práticas e seu objeto de trabalho, mediada pelos saberes e tecnologias que operam nos processos de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

Frente a estas concepções, optou-se para este trabalho pela adaptação da matriz analítica desenvolvida por Malta *et al.* (2005), uma vez que ela abraça as dimensões descritas por Teixeira (2006) e permite vislumbrar as deficiências e potencialidades do modelo praticado. Sendo assim, as dimensões descritas a seguir foram utilizadas para analisar o **modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar**.

#### 4.4.1 Dimensão Política

Esta dimensão se refere às relações das operadoras investigadas com beneficiários, prestadores, ANS e SUS. Foram mapeados também possíveis conflitos presentes nestas relações, além de outras parcerias identificadas (por exemplo, algum trabalho social desenvolvido pela operadora), bem como o posicionamento das operadoras frente às disputas de mercado e à ampliação de coberturas.

#### **4.4.2 Dimensão Organizativa**

Buscou-se nesta dimensão discriminar as formas de gestão e gerência das operadoras, a caracterização da rede assistencial, o processo de acolhimento ao cliente, a utilização de mecanismos de controle de acesso à rede prestadora, bem como conhecer o fluxo e direcionamento dos beneficiários e os sistemas de informação utilizados. A gestão dos prestadores quanto à adoção de protocolos clínicos, critérios para seleção da rede prestadora, vínculo e mecanismo de remuneração, regulação e avaliação da qualidade e práticas de gerenciamento do trabalho também se inserem nesta dimensão.

#### **4.4.3 Dimensão Assistencial**

Nesta dimensão foram analisadas as práticas assistenciais estabelecidas pelas operadoras, verificando a existência de ações de promoção e prevenção em saúde bucal, a adoção de práticas de gerenciamento do cuidado (*managed care*), bem como a existência de projetos de desenvolvimento técnico-científico ou de capacitação dos prestadores e colaboradores e a integralidade atenção em saúde bucal.

Após a apresentação do conjunto de conceitos que, imbricados e relacionados, parecem determinar o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, é importante salientar que a matriz proposta para este estudo não representa um elemento estático, mas uma ferramenta de aprofundamento do objeto, e que poderá sim, a partir dos dados empíricos, sofrer modificações e/ou reformulações. Sendo assim, passamos aos aspectos metodológicos que permitiram a abordagem do objeto.

## 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

“Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais” (DUARTE, 2002, p.140).

Entendendo como metodologia o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade (MINAYO, 1999), pode-se afirmar também que método é o conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo (TURATO, 2003).

Um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível (MINAYO; SANCHES, 1993).

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Ao se olhar para a primeira questão norteadora deste estudo, que busca saber como se organiza a atenção à saúde bucal no âmbito da saúde suplementar, pode-se classificá-lo como um **estudo de caso exploratório descritivo**, pois é o mais adequado quando “como” e “por que” delimitam problemas de pesquisa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Os estudos de caso são indicados quando se deseja examinar o conjunto de relações que existem entre diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno social complexo, contemporâneo e frente ao qual o investigador tem pouco ou nenhum controle (HARTZ, 1997; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

O estudo de caso é próprio para a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real. Sendo sustentado por uma plataforma teórica, reúne o maior número possível de informações, em função das questões orientadoras do estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências, para garantir a confiabilidade e a validade dos achados do

estudo. Busca-se, criativamente, identificar e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso (MARTINS, 2008).

Quanto à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apoia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e o modelo teórico escolhido. No que se refere à validação externa, este tipo de estudo não tem a pretensão de validar seus resultados por generalização estatística, na qual o pesquisador necessita atingir um conjunto representativo de elementos para poder generalizar os resultados à uma população definida anteriormente. O estudo de caso visa, por outro lado, a uma generalização analítica, fundamentada no confronto da configuração empírica a um quadro teórico, enfatizando a multiplicidade de dimensões de um objeto (YIN, 2001; HARTZ, 1997).

Analisando o objeto deste estudo – o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar – através do marco conceitual construído, percebe-se a sua complexidade e contemporaneidade, sendo que o estudo de caso como estratégia metodológica de pesquisa possibilitará compreender o desenvolvimento deste fenômeno na suas múltiplas dimensões e assim vislumbrar a necessidade ou não de mudanças na produção do cuidado à saúde bucal de acordo com os princípios do SUS, conforme a segunda questão norteadora deste projeto.

Este estudo de caso tem **abordagem quanti/qualitativa**, a partir do reconhecimento de que, no seu objeto, há processos que podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua intensidade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Desta forma, será possível apreender a realidade oriunda da forma específica de intervir em saúde no subsistema de saúde suplementar, analisando-a de forma mais abrangente, mas também aprofundada. Sabe-se, contudo, que o objetivo final não será esgotar o tema investigado, nem tampouco estabelecer conclusões absolutas e definitivas, ou a generalização de resultados, mas a partir de novos conceitos e pressupostos, colaborar com outras formas de abordagem do mesmo, dentro do dinâmico processo de produção do conhecimento.

Sobre a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas, Minayo e Sanches (1993) afirmam que não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa, pois ambas diferem quanto à natureza. A pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, para poder aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares

e específicos. Já a metodologia quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO; SANCHES, 1993). Desta forma, os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos não se opõem, pelo contrário, se complementam, pois a realidade abrangida interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1994).

## 5.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

As unidades de análise do estudo foram as operadoras de planos exclusivamente odontológicos em atividade no Brasil, segundo os dados publicados pela ANS em junho de 2012. A escolha das operadoras como unidades de análise deste estudo ocorre pela sua posição estratégica dentro do emaranhado de forças que configuram o subsistema de saúde suplementar, especialmente no campo microrregulatório, com as mesmas ora se submetendo às resoluções e normas impostas pela regulação do setor (ANS), ora impondo a sua lógica de gestão aos prestadores e beneficiários, configurando relações de poder desiguais neste contexto.

Desta forma, inicialmente foi realizada uma pesquisa através da ferramenta ANS Tabnet<sup>5</sup>, a qual possibilita a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação da ANS, permitindo a realização de vários tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras e planos privados de saúde. Nesta consulta foram identificadas todas as operadoras das modalidades exclusivamente odontológicas (cooperativa odontológica e odontologia de grupo) em atividade no Brasil segundo os dados de junho de 2012, resultando em um total de 369 operadoras. Foi construída então uma tabela onde se apresentam estas operadoras em ordem decrescente quanto ao número de beneficiários (Anexo 1).

Visualizando esta tabela, observou-se que muitos beneficiários estão concentrados em poucas operadoras, confirmando a tendência de alta concentração no mercado de saúde suplementar (ANS, 2012). Sendo assim, optou-se por incluir no estudo as operadoras das modalidades exclusivamente odontológicas de médio porte (mais de

---

<sup>5</sup> Ferramenta que permite a realização de diversos tipos de consultas sobre beneficiários, operadoras e planos privados de saúde pelo acesso aos sistemas de informações da ANS, através do endereço eletrônico: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia\\_novo.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm).

20.000 beneficiários) e grande porte (mais de 100.000 beneficiários), segundo classificação da ANS, totalizando então sessenta e cinco (65) empresas, as quais respondiam, na época, pela assistência de 74,1% dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos no Brasil (Apêndice A). Desta forma percebeu-se que a amostra seria representativa em relação ao universo de pessoas que estão sujeitas ao modelo de atenção praticado pelas operadoras das modalidades exclusivamente odontológicas no país.

Dando continuidade ao processo de seleção da amostra, foi realizada, a partir dos dados cadastrais disponíveis no site da ANS, a conferência dos endereços e números telefônicos destas 65 operadoras, por meio de ferramentas de busca e pesquisa na internet, além dos sites das próprias operadoras, quando existentes. A partir desta primeira conferência foram eliminadas sete operadoras, uma por não ter mais seu registro ativo na ANS (provavelmente foi cancelado durante o período em que a pesquisadora aguardava a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para a execução da coleta de dados) e as outras seis por ter sido constatado que, apesar de estarem com registro ativo na ANS e com beneficiários registrados, estão associadas a outras empresas de maior porte, as quais também constam na amostra selecionada, formando grupos empresariais (*holdings*)<sup>6</sup>. Embora não se desconsidere possíveis limitações por conta da não participação destas operadoras, acredita-se que o modelo de atenção nestas empresas é determinado pela empresa líder do grupo, a qual centraliza a administração e prestação dos serviços aos beneficiários, bem como as informações para contato, optando-se então por manter na amostra e realizar o contato apenas com a empresa líder, resultando em cinquenta e oito operadoras (58) passíveis de participação no estudo.

---

<sup>6</sup> Foram excluídas as operadoras: Dental Plan Ltda., Gama Odonto S/A, Prevdomto Odonto Empresa Assistência Odontológica, Maxi Care Odontologia Empresarial S.A., Garcia Pedrosa Ltda., Adcon - Administradora de Convênios Odontológicos e Promed Odontológico Ltda. Posteriormente foi constatado que entre as operadoras que não aceitaram participar do estudo, duas são empresas líderes às quais cinco das operadoras aqui citadas estão vinculadas.



## 5.3 COLETA DE DADOS

### 5.3.1 Etapa quantitativa

De posse dos números telefônicos atualizados, o primeiro contato foi realizado com todas as 58 operadoras, buscando apresentar a pesquisa a um colaborador e solicitar um endereço eletrônico de contato para que enviássemos explicações sobre os procedimentos da pesquisa (Apêndice B), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a primeira fase da coleta, destinado ao representante da empresa que responderia ao instrumento de coleta de dados, mas com espaço para a anuência da operadora (Apêndice C) e o instrumento de coleta de dados – um questionário (apêndice D).

Este questionário foi construído a partir do marco conceitual deste estudo, tendo como base um dos instrumentos de coleta de dados utilizado por Malta *et al.* (2005) para analisar os modelos assistenciais praticados por operadoras de planos de saúde, o qual já havia sido utilizado em outras pesquisas sobre modelos assistenciais no âmbito da saúde suplementar (LAPPIS, 2007; ANDRADE *et al.*, 2009; SCHOUT *et al.*, 2009).

Houve a adaptação das perguntas para o segmento odontológico, consistindo o instrumento de perguntas fechadas de múltipla escolha, onde o respondente poderia assinalar mais de uma resposta em cada pergunta e/ou acrescentar comentários, caso as opções apresentadas não correspondessem à realidade da operadora. Optou-se também pela inclusão de algumas perguntas abertas, no intuito de tentar captar com um pouco mais de profundidade certos aspectos da estrutura e organização da operadora. Desta forma, este primeiro instrumento de coleta permitiu estabelecer uma aproximação inicial com o modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar, dentro das dimensões elencadas na matriz de análise deste estudo (dimensão política, organizativa e assistencial).

Buscou-se nesta fase contatar colaboradores do nível diretivo e/ou administrativo de cada operadora, que estivessem familiarizados com toda a estrutura da empresa, por entender que as respostas dadas no questionário seriam as mais fiéis à realidade da operadora. Consequentemente, esta fase da pesquisa constituiu em trabalho árduo e repetitivo, pois houve em muitos casos, a necessidade de refazer o contato telefônico até que se conseguisse conversar com estes colaboradores.

Após este primeiro contato, doze operadoras se posicionaram negativamente à participação no estudo, manifestando esta recusa por telefone ou por correio eletrônico (*e-mail*). Os motivos alegados para a não-participação foram: falta de tempo, políticas internas que não permitiam a divulgação de informações e falta de interesse em participar. Sendo assim, foram consideradas como possíveis participantes quarenta e seis (46) operadoras. Após o envio dos documentos da pesquisa por meio eletrônico a estas 46 operadoras, foram realizados mais dois contatos telefônicos, no intuito de confirmar o recebimento dos documentos e reforçar o convite para participação. Ao final desta etapa, quatorze das quarenta e seis operadoras responderam ao questionário, totalizando uma taxa de resposta de 30,4% para esta fase de coleta de dados.

A grande porcentagem de operadoras que se negaram a participar da pesquisa e/ou não responderam ao questionário pode significar, segundo estudo desenvolvido em pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) uma certa precaução em relação à “avaliação” da operadora, sendo notória, porém não justificada, a ideia persecutória que carrega a atividade de pesquisa em empresas como as operadoras de planos privados de saúde. Naquele estudo - com operadoras de todas as modalidades - os pesquisadores também relataram dificuldades no contato com as empresas e agendamento de entrevistas (LAPPIS, 2007).

Cabe aqui comentar que, procurando obter maior retorno das operadoras ao convite para a participação na pesquisa, foram realizadas também tentativas de contato com a ANS, no intuito de solicitar o apoio da Agência na condução do estudo. Após inúmeros *e-mails* e telefonemas, a pesquisadora foi orientada a enviar uma carta, juntamente com seus orientadores, especificando o tipo de apoio que desejava obter da Agência. Meses após o envio desta carta, a ANS se manifestou, através de um ofício, argumentando que parabenizava a iniciativa do estudo, contudo estaria se abstendo de referendá-lo, uma vez que o mesmo não seria realizado por seu corpo técnico. Acrescentou ainda que, desta forma, resguardaria sua responsabilidade frente às opções metodológicas, sigilo das informações, interpretação dos resultados e utilização dos dados.

A partir do retorno dos questionários, buscou-se selecionar as operadoras que seriam convidadas a participar da etapa qualitativa da coleta de dados. Para tanto, alguns critérios foram considerados, tais como agilidade na devolução do material (questionário e termo de

consentimento), facilidade de contato com os representantes das empresas, tanto por telefone como por correio eletrônico, receptividade e disponibilidade dos sujeitos contatados, facilidade de acesso ao local sede da operadora, uma vez que nesta fase a pesquisadora se deslocaria pessoalmente para a coleta de dados, além de questionamentos que surgiram após a análise das respostas dadas nos questionários.

### **5.3.2 Etapa qualitativa**

Dando continuidade à coleta de dados e levando em conta os critérios elencados acima, seis operadoras foram convidadas para participar desta etapa. Inicialmente, as operadoras selecionadas para esta fase foram novamente contatadas, através dos sujeitos que responderam ao questionário. Neste novo contato, foi enviado por meio eletrônico um novo texto explicando sobre esta etapa de coleta e solicitando o aceite da operadora em receber a pesquisadora para uma visita à empresa (apêndice E).

Após este contato, três operadoras manifestaram-se positivamente à participação, uma delas não aceitou o convite, justificando que a diretoria não havia dado permissão e duas não se manifestaram. As visitas foram agendadas com os representantes das três empresas, em data mais conveniente aos mesmos e na própria sede das operadoras. O objetivo da visita foi a coleta de dados por meio de duas técnicas: análise documental e entrevistas.

Sobre a análise de documentos, é possível afirmar que constitui parte fundamental de qualquer estudo de caso que exige uma variedade de fontes de coleta de dados. Seu objetivo é identificar informações que sirvam de subsídio para colaborar na compreensão da questão de pesquisa. Por representarem uma fonte natural de informação, documentos “não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Sendo assim, para uma maior aproximação da pesquisadora com a realidade da empresa, foram solicitados durante a visita documentos tais como relatórios de gestão, modelos de contratos comercializados, manuais destinados aos prestadores e/ou beneficiários, enfim, quaisquer materiais que pudessem elucidar a estrutura e o funcionamento da operadora e seus objetivos enquanto empresa. Estes documentos foram posteriormente analisados juntamente com as

entrevistas, o que permitiu corroborar certas informações coletadas a partir das outras técnicas de coleta (entrevistas e questionários).

Quanto à entrevista, sabe-se que é uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo com abordagem qualitativa. Ela pode ser conceituada como uma “conversa a dois”, feita por iniciativa do pesquisador, destinada a obter informações pertinentes a um objeto de pesquisa, contidas nas falas dos atores sociais envolvidos. Quanto ao seu formato, elas podem ser estruturadas ou não estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas, contudo há formas que articulam essas duas modalidades, caracterizando então a entrevista semiestruturada (MINAYO, 1999).

A entrevista semiestruturada é, portanto, uma “conversa com finalidade”, guiada por um roteiro construído a partir de pressupostos advindos da definição do objeto de pesquisa, bem como de certos questionamentos básicos que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Este, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. As perguntas fundamentais que constituem o roteiro pré-determinado para a entrevista semiestruturada são resultado não só da teoria, mas também, de toda a informação que o pesquisador já recolheu sobre o fenômeno (MINAYO, 1999; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A construção do roteiro para entrevistas semiestruturadas pode ser organizada em tópicos temáticos, de acordo com uma lógica de encadeamento das perguntas, porém permitindo certa flexibilidade. Além disso, deve levar em consideração a forma de colocação dos itens, de modo a evitar questões que conduzam a respostas dicotômicas, que exijam definições externas às vivências dos entrevistados e que induzam respostas ao emitirem valores e julgamentos em seu enunciado. A linguagem empregada na formulação das questões deve ser capaz de provocar o relato das várias experiências do entrevistado, as interpretações que faz delas e a sua visão sobre as relações envolvidas na situação. Por fim, o roteiro deve conter apenas itens indispensáveis que delineiam o objeto, dando-lhe forma e conteúdo, e enfatizando as relevâncias previstas pelo pesquisador e consideradas pelo entrevistado (SOUZA *et al.*, 2005).

Neste trabalho as entrevistas foram realizadas inicialmente com os representantes escolhidos pela operadora para recepcionar a

pesquisadora, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para esta fase (Apêndice F). Ao final da entrevista foi solicitado a este sujeito que indicasse outros informantes-chave, os quais pudessem aprofundar e elucidar questões mais específicas. Neste sentido e concordando com a metodologia utilizada por Malta *et al.* (2005), foi dada prioridade a colaboradores dos setores de relacionamento com a ANS (gerência de regulação), relacionamento com prestadores (incluindo também o setor de auditoria quando existente) e o setor de ouvidoria e/ou atendimento ao cliente, sempre solicitando o aceite de cada sujeito através da assinatura do Termo de Consentimento.

A técnica utilizada foi a de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro (Apêndice G). Este roteiro foi construído durante a fase de elaboração do projeto desta pesquisa e sofreu algumas modificações após o recebimento dos questionários pela pesquisadora. Depois de reelaborado e repensado, o roteiro foi submetido à avaliação de duas especialistas em pesquisa qualitativa para então, ser utilizado. Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento digital, para permitir a transcrição do seu conteúdo.

Quanto ao uso do gravador, Turato (2003) afirma que

a presença desse elemento “estranho” não parece afetar significativamente a naturalidade e espontaneidade do informante. Por outro lado [ ] o gravador não apresenta reação de contratransferência, o que lhe livra de ser levado a concentrar atenção em um ou outro aspecto particular da fala de seu “interlocutor”, podendo assim registrar fielmente, sem oscilações afetivas, todas as palavras, frases, entonações de voz, enfim, todo o conteúdo e forma da fala do entrevistado.

É importante salientar que, nesta etapa da coleta de dados, também foi utilizada a técnica de amostragem por saturação, uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas. Esta ferramenta é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, sendo operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou

repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Uma vez que o número de operadoras participantes nesta fase já havia sido previamente definido pelo aceite das empresas, o processo de saturação dos dados foi utilizado separadamente em cada visita. Desta forma, a coleta de dados por meio das entrevistas foi encerrada em cada uma das operadoras quando a pesquisadora percebeu que novas entrevistas apresentariam uma grande quantidade de repetições em seu conteúdo, sem acréscimos significativos para os objetivos inicialmente propostos.

Sendo assim, a aplicação de questionários, a análise documental e as entrevistas, constituíram possibilidades para a triangulação dos dados, técnica que tem sido amplamente utilizada por pesquisadores que buscam validar seus estudos, utilizando para tanto, dois ou mais métodos para examinar o mesmo fenômeno. A triangulação é um conceito abrangente que pode estar relacionado à combinação e ao cruzamento de múltiplos pontos de vista; à tarefa conjunta e interdisciplinar de diferentes pesquisadores, à captação da visão de vários informantes, ou ainda, ao emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados em uma mesma investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Na realização de estudos de caso, a aplicação da triangulação é especialmente recomendada, pois se tratam de situações com múltiplas variáveis de interesse e o uso de várias fontes de evidências permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões, podendo desenvolver linhas convergentes de investigação que resultam em achados mais convincentes e acurados (YIN, 2001). Yin (2001) pontua ainda que recorrer a múltiplas fontes de dados contribui para aumentar a validade de um estudo de caso, verificando se há convergência entre estas e permitindo melhor representação do objeto estudado, o que corrobora com o uso da triangulação de dados como opção metodológica deste estudo.

## 5.4 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

### 5.4.1 Etapa quantitativa

O registro dos dados coletados na primeira etapa da pesquisa foi realizado nos próprios questionários enviados às operadoras, os quais foram digitalizados e devolvidos por correio eletrônico. Quando esta etapa foi considerada encerrada, todos os questionários foram impressos

e receberam números sequenciais de 1 a 14, pela ordem em que retornaram à pesquisadora, a fim de anonimizar a identidade das empresas participantes e facilitar a tabulação dos dados. Em seguida, os questionários foram avaliados individualmente quanto ao seu preenchimento, sendo que alguns apresentavam questões não respondidas na parte de identificação da operadora, mas que não comprometeram a qualidade das respostas dadas no restante das perguntas. Sendo assim, não houve a necessidade de excluir nenhum deles.

Em seguida, as respostas foram tabuladas por meio de uma planilha específica (Microsoft Excel®). Quando a pergunta permitia assinalar mais de uma alternativa, todas as alternativas eram transformadas em questões com respostas do tipo sim/não, possibilitando a análise descritiva de todas as variáveis coletadas. No caso das perguntas abertas, todas as respostas dadas pelos participantes foram tabuladas e agrupadas livremente pela pesquisadora, quando continham aproximações em seu conteúdo.

A análise destes dados possibilitou uma primeira aproximação com o objeto do estudo, mostrando certas tendências de organização do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, dentro das dimensões de análise propostas no marco conceitual, ainda que nem todos os componentes das dimensões tenham sido abordados nesta fase.

#### **5.4.2 Etapa qualitativa**

Nesta etapa, o conteúdo gravado durante a realização das entrevistas foi encaminhado a um técnico para transcrição e organizado em documentos de texto (Microsoft Word®), separados por entrevistados. A opção de delegar esta tarefa a um técnico tem sido recomendada, por ser um trabalho árduo e que compromete, a cada hora de gravação, aproximadamente quatro horas de transcrição (TURATO, 2003). Feita a transcrição das quase 8 horas de gravação, foi realizada pela pesquisadora a leitura e conferência de cada um dos textos juntamente com nova escuta das gravações, buscando confirmar a exatidão do seu conteúdo e o correto entendimento do sentido dado pelas falas de cada um dos entrevistados.

Quanto aos documentos disponibilizados pelas operadoras, foram inicialmente arquivados digitalmente em pasta separada das entrevistas, sendo que aqueles que não estavam em meio digital foram digitalizados.

Posteriormente foi realizada uma leitura flutuante como forma de apropriação de seu conteúdo antes de proceder a análise.

O processo de análise qualitativa foi realizado tendo por base a proposta de Minayo (1999), que considera como passos sequenciais a ordenação dos dados, a categorização inicial, a reordenação dos dados e a análise final. Como ferramenta para esta análise foi utilizado o software ATLAS.ti® *Qualitative Data Analysis* versão 7.1.6, específico para o armazenamento, manipulação e análise de dados qualitativos<sup>7</sup>.

A seguir a sequência de passos da análise é descrita:

### *1º. Processo de ordenação dos dados*

Consiste na organização de todas as informações coletadas através de rótulos de identificação, que permitem resgatar a origem de cada dado e ao mesmo tempo garantir o sigilo dos sujeitos e a confidencialidade dos dados. Neste sentido, os documentos de texto produzidos a partir da transcrição das entrevistas bem como os documentos recebidos para análise documental foram renomeados, substituindo o nome das operadoras por cidades do Canadá, uma alusão ao período em que a pesquisadora esteve em estágio de doutorado “sanduíche” naquele país. Estes codinomes serão utilizados na apresentação dos resultados da fase qualitativa, como por exemplo, INF1-TORONTO (**I**nformante **1** da Operadora **T**oronto), DOC2-MONTREAL (**D**ocumento **2** da Operadora **M**ontreal), e assim por diante. Posteriormente, estes corpos de dados foram importados para o software ATLAS.ti®.

### *2º. Processo de categorização inicial*

Através de uma releitura exaustiva e repetitiva dos dados, foi possível apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais de cada documento. Com a ajuda do *software*, os dados foram fragmentados e codificados pelo processo de codificação aberta parágrafo por parágrafo, em que a pesquisadora, à luz dos referenciais da teoria que orientam a pesquisa, procurou expressar dados e fenômenos na forma de conceitos ou palavras-chave que pudessem

---

<sup>7</sup>O projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi submetido ao CNPq, chamada nº 10/2012 MCTI/CNPq/MS - SCTIE - DECIT - Pesquisa em Saúde Bucal, tendo sido aprovado para auxílio financeiro nesta chamada, o que proporcionou recursos para a execução da pesquisa, dentre estes a compra de licença institucional do software Atlas.ti®.



expressar o conteúdo dos trechos selecionados (uma única palavra, sequências curtas ou expressões). O resultado desta fase da análise foi um lista com 73 códigos, que pode ser visualizada no apêndice H. A partir da codificação inicial, a análise seguiu com o agrupamento dos códigos em categorias empíricas baseadas na matriz de análise teoricamente estabelecida.

### *3º. Processo de reordenação dos dados*

Os códigos que representavam conceitos relacionados a cada componente das dimensões da matriz de análise do objeto foram agrupados, formando as categorias iniciais. Neste momento, e pela característica dinâmica da matriz de análise elaborada inicialmente, duas novas categorias surgem para complementá-la, através da elaboração teórica acerca da evidência dos dados. Além disso, certos códigos foram agregados a mais de uma categoria, pois a matriz proposta não é simplesmente um somatório de partes, mas as dimensões se interpenetram e se articulam mutuamente. Por constituírem um conjunto de expressões com características similares e estreita relação de complementariedade entre si, as categorias iniciais foram então reagrupadas em categorias temáticas, representadas pelas próprias dimensões da matriz de análise (política, organizativa e assistencial), respeitando a lógica unificadora da análise. Este processo de reordenação dos dados também foi realizado no ambiente do software Atlas.ti® e pode ser visto na figura do apêndice I.

### *4º. Processo de análise final*

Por meio de articulações entre os dados empíricos e o marco conceitual construído, a análise das categorias temáticas subsidiou a compreensão do objeto pesquisado, procurando responder às questões norteadoras e aos objetivos propostos. Os resultados foram dirigidos para uma vinculação com a realidade, de forma a possibilitar propostas para possíveis mudanças no modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar.

## 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para cumprimento da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa e toda a documentação exigida, tais como instrumentos de coleta de dados e termos de consentimento, foram submetidos através da Plataforma Brasil ao

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CHPSH-UFSC), tendo sido aprovado em dezembro de 2012, através do parecer número 167.022 (Anexo 2).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, a coleta de dados foi iniciada e, embora a pesquisa não previsse riscos à saúde dos participantes, foram necessários alguns cuidados frente ao possível desconforto moral decorrente da presença da pesquisadora em campo e da apresentação pública das informações coletadas e dos resultados. Tanto na etapa quantitativa como na qualitativa, o sigilo da identidade das operadoras participantes e dos sujeitos da pesquisa foi garantido por meio dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido específicos para cada etapa (apêndices C e F).

Após o contato inicial, as operadoras que livremente aceitaram participar da pesquisa receberam, no corpo do correio eletrônico, uma carta explicativa falando sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa (apêndice B), além do TCLE (apêndice C) destinado ao representante da operadora responsável pelo preenchimento do questionário (apêndice D). A participação dos representantes das operadoras não foi condicionada pela anuência das mesmas, as quais se manifestaram também pelo Termo de Consentimento, autorizando a execução da coleta de dados.

Na etapa qualitativa, foi realizado novo contato por meio eletrônico com as operadoras selecionadas, no intuito de convidá-las a participar desta fase de coleta de dados (apêndice E). Procedeu-se a visita presencial da pesquisadora àquelas que aceitaram participar, sendo que todos os sujeitos que concederam as entrevistas receberam inicialmente informações e esclarecimentos sobre a pesquisa e autorizaram sua própria participação através da assinatura do TCLE relacionado a esta etapa (apêndice F), o qual foi entregue em duas vias para que uma permanecesse na posse do entrevistado. A autonomia dos participantes foi respeitada pela garantia do direito à participação voluntária e desistência a qualquer momento, bastando para isso comunicar sua decisão à pesquisadora ou seus orientadores.

Na coleta de dados no campo, concordando com Turato (2003), buscou-se estabelecer uma relação respeitosa, dialogando com os participantes através de uma atitude cordial, evitando qualquer tipo de constrangimento, de invasão da privacidade, de quebra de sigilo sobre a identidade e ainda, de mobilização emocional de elementos traumáticos.

Quanto à guarda dos dados coletados, estes serão mantidos exclusivamente com a pesquisadora e utilizados segundo preceitos

éticos apenas para os fins previstos nesta pesquisa, sendo dispensados somente após cinco anos, procedimento que garantirá que as informações coletadas e os participantes não possam ser acidentalmente descobertos.

Julgando ser esta pesquisa socialmente relevante e assegurando a inexistência de conflitos de interesse entre pesquisadora e participantes da pesquisa, reitera-se o compromisso de divulgar e publicar quaisquer que sejam os resultados encontrados neste estudo, resguardando, no entanto, os interesses dos sujeitos envolvidos. Tais resultados serão encaminhados para todos os participantes que assim desejarem.

Entende-se que os resultados da pesquisa poderão ter benefícios diretos aos participantes no sentido de proporcionar um maior entendimento sobre o subsistema de saúde suplementar no qual estão inseridos. E, em se tratando da gestão das operadoras, os resultados encontrados permitiram elucidar o modelo de atenção em saúde bucal praticado no segmento odontológico da saúde suplementar, podendo servir de subsídio no aprimoramento das relações com beneficiários e prestadores, bem como para o planejamento de ações futuras.



## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente será feita a caracterização das operadoras participantes do estudo. Em seguida, os resultados obtidos a partir das diferentes técnicas de coleta de dados serão apresentados e discutidos, ordenados em função da matriz de análise do objeto, ou seja, separados nas dimensões política, organizativa e assistencial do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar.

Esta forma de apresentação foi escolhida no intuito de permitir e facilitar o diálogo entre os dados, uma vez que não leva em conta separadamente dados coletados de diferentes formas, mas sim o conteúdo significativo dos resultados, articulando entre si as informações das etapas de coleta. Ao mesmo tempo, em virtude da opção metodológica do estudo de realizar a triangulação de dados, o formato escolhido também facilita a discussão dos resultados empíricos à luz do marco conceitual da pesquisa.

### **6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS PARTICIPANTES**

A Tabela 1 mostra a caracterização das operadoras que participaram da primeira fase da pesquisa, as quais representam 30,4% da amostra selecionada, quanto a sua modalidade, área de abrangência, porte e faixa de Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), considerando o último resultado divulgado pela ANS (<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/programa-de-qualificacao-de-operadoras>).

**Tabela 1. Caracterização das operadoras participantes do estudo.**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Modalidade</b>		
Cooperativa odontológica	8	57,14
Odontologia de grupo	6	42,86
<b>Abrangência</b>		
Estadual	2	14,29
Grupo de municípios	5	35,71
Municipal	1	7,14
Nacional	4	28,57
NR	2	14,29
<b>Porte</b>		
Grande	3	21,43
Médio	11	78,57
<b>Faixa de IDSS</b>		
0,00 a 0,19	0	0,00
0,20 a 0,39	0	0,00
0,40 a 0,59	1	7,14
0,60 a 0,79	9	64,29
0,80 a 1,00	3	21,43
ND	1	7,14

\*ND: não divulgado

\*NR: não respondeu

Percebe-se, com relação à modalidade, um pequeno predomínio de operadoras da modalidade cooperativa odontológica entre as participantes (57,14%), proporção que não aparece na amostra inicialmente selecionada, pois as 46 operadoras se dividiam igualmente entre as modalidades (23 cooperativas odontológicas e 23 empresas de odontologia de grupo). O fato de mais cooperativas terem aceitado participar do estudo, enviando o instrumento de coleta de dados preenchido, pode significar maior empatia de seus dirigentes com a pesquisadora e com o Programa de Pós-Graduação onde foi conduzida a pesquisa, por conta da formação em comum, uma vez que estas empresas são gerenciadas pelos próprios cooperados, neste caso, cirurgiões-dentistas.

A área de abrangência das operadoras se refere à área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas, sendo que 4 delas tem abrangência nacional e outras

5 tem sua rede e beneficiários restritos a um grupo de municípios. Duas operadoras afirmaram ter abrangência estadual, uma municipal e duas não responderam a questão.

Quanto ao porte das operadoras, apenas 3 das 14 participantes (21,43%) tem mais de 100.000 beneficiários, proporção semelhante à que ocorre na amostra inicialmente selecionada, onde 35 das 46 operadoras (76%) são de médio porte. Esta proporção reflete a grande concentração do mercado de planos odontológicos no Brasil, no qual poucas operadoras detêm grande número de beneficiários. É importante ressaltar que, por conta da maior participação das operadoras de médio porte no estudo, estes resultados representam, em número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, pouco mais de um milhão de pessoas, número baixo perto do universo que poderia ter sido explorado se mais operadoras tivessem aceito o convite para participar do estudo.

Segundo relatório sobre a qualificação das operadoras (ANS, 2013), o percentual de operadoras exclusivamente odontológicas avaliadas nas duas maiores faixas de IDSS evoluiu de 16% em 2009, para 60,7% em 2013, enquanto que nas duas faixas menores, o percentual reduziu de 63,3% para 15,1% nos últimos cinco anos. Neste estudo, 12 das 14 operadoras estão situadas nas duas maiores faixas quanto ao IDSS, considerando a última avaliação divulgada pela ANS.

Dando seguimento à caracterização das operadoras participantes de estudo, do total de 14 empresas, 3 participaram também da fase qualitativa da coleta de dados, sendo duas cooperativas odontológicas e uma empresa de odontologia de grupo, nas quais foram coletados documentos e realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 informantes-chave, no total. Uma vez que se trata de um número reduzido de unidades de análise nesta fase, e com o propósito de manter o sigilo da identidade na apresentação dos resultados, serão utilizados como codinomes para as operadoras nomes de cidades do Canadá (Toronto, Montreal e Quebec), sendo que os nomes dos sujeitos entrevistados em cada uma delas serão substituídos por numerais.

## 6.2 O MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL PRATICADO NAS OPERADORAS INVESTIGADAS

Para servir como guia para a apresentação e discussão dos resultados obtidos nas diferentes fases da coleta de dados, a figura abaixo representa de forma sucinta os componentes de cada dimensão

da matriz de análise do objeto. Em seguida, os resultados são apresentados separadamente para cada dimensão analisada.

**Figura 7. Matriz de análise do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, suas dimensões e componentes.**

Política	Organizativa	Assistencial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações das operadoras com os beneficiários</li> <li>• Relações das operadoras com a ANS</li> <li>• Relações das operadoras com o SUS</li> <li>• Relações das operadoras com os prestadores               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflitos presentes nestas relações</li> <li>• Parcerias</li> </ul> </li> <li>• Incorporação de novas tecnologias</li> <li>• Disputas no mercado de planos odontológicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de gestão e gerência</li> <li>• Caracterização da rede assistencial</li> <li>• Acolhimento ao cliente</li> <li>• Mecanismos de controle de acesso</li> <li>• Fluxo e direcionamento de beneficiários</li> <li>• Sistemas de informação</li> <li>• Gestão dos prestadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de ações de promoção e prevenção em saúde bucal</li> <li>• Adoção de práticas de gerenciamento do cuidado               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projetos de desenvolvimento técnico-científico e/ou capacitação</li> </ul> </li> <li>• Integralidade da atenção em saúde bucal</li> </ul>

Fonte: a autora.

## 6.2.1 Dimensão política

### 6.2.1.1 Relações das operadoras com os beneficiários

Em um primeiro momento, foi investigada a existência de mecanismos de comunicação e/ou contato entre as operadoras e beneficiários. Neste sentido, todas as operadoras afirmaram manter alguma forma de contato com os beneficiários, seja por meio de serviço de atendimento telefônico (presente em 100% das empresas pesquisadas), além de serviços de ouvidoria e pesquisas de satisfação (utilizados em 10 das 14 operadoras). Oito entre as 14 operadoras enviam boletins informativos impressos ou em meio eletrônico aos seus beneficiários e apenas 3 enviam extratos de utilização dos serviços. A presença de conselhos de beneficiários foi citada por uma operadora e a presença de um departamento específico para a resolução de problemas foi elencada como outra forma de comunicação presente em uma das empresas (Tabela 2).



**Tabela 2. Mecanismos de comunicação e/ou contato com os beneficiários**

	<b>Ouvidoria</b>	<b>Serviço de atend. telef.</b>	<b>Boletins informat.</b>	<b>Extrato de utiliz.</b>	<b>Pesquisa de satisf.</b>	<b>Conselhos</b>	<b>Outros</b>
<b>Sim</b>	10	14	8	3	10	1	1
<b>Não</b>	4	0	6	11	4	13	13

Estudos com operadoras de planos de saúde (MALTA *et al.*, 2005; MALTA; JORGE, 2008) encontraram padrões de comunicação com os beneficiários semelhantes aos elencados nesta pesquisa, sendo que no estudo de caso conduzido por Malta e Jorge (2008) em uma operadora de autogestão foi destacada a presença de conselhos de usuários, que ocupam um papel importante na definição de prioridades e no enfrentamento de disputas junto ao mercado.

Quanto à natureza das relações entre as operadoras e beneficiários, foi identificada como sendo mais informativa e normativa, direcionada pelos contratos estabelecidos entre os mesmos, ou seja, uma relação de mercado (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009) onde os beneficiários são percebidos como consumidores de um “produto”, o plano de saúde. Inicialmente as operadoras procuram estabelecer o contato com os beneficiários através de ligações denominadas de “pós-venda”, onde são repassadas informações sobre a utilização do plano de saúde.

Depois que a gente lança o contrato no sistema a gente faz o pós-venda. A gente liga para o associado, confirma todos os dados novamente, os dados que estão no contrato, tira qualquer dúvida do associado e passa a informação do número da carteirinha que é o código que eles já podem fazer a utilização do plano depois do primeiro desconto em folha (INF2-MONTREAL).

As demandas que chegam aos serviços de atendimento telefônico das operadoras remetem às questões sobre a utilização do plano, marcação de consultas, autorização para a realização dos procedimentos e reclamações. Em geral, as empresas consideram este serviço como a porta de entrada do beneficiário no plano.

Esse atendimento pode ser tanto para liberação de autorização, como para tirar dúvidas dos associados, de uma maneira geral se está cadastrado, se tá adimplente, inadimplente, num contexto geral é a porta de entrada (INF4-MONTREAL).

Outros estudos sobre modelos assistenciais observaram este caráter informativo, orientador e de recebimento de reclamações nos serviços de relacionamento das operadoras com os usuários de planos de saúde, sendo que a maioria das empresas utiliza este serviço para fornecer informações gerais aos beneficiários (MALTA *et al.*, 2005; ANDRADE *et al.*, 2009). Desta forma, percebe-se que as ferramentas do processo de microrregulação se traduzem nesse cotidiano, com base nas regras estabelecidas no universo da regulação (SANTOS; MERHY, 2006).

Uma outra face desta relação aparece em certas falas sobre o estabelecimento de vínculo com os beneficiários, o que seria possível, segundo o informante, pela própria característica do subsistema de saúde suplementar, no qual há livre escolha de prestadores e maior facilidade de acesso aos serviços.

...na operadora você tem essa liberdade. Na média hoje de uma consulta são aí 5, 7 dias pelo tempo que você demora para ser atendido, os meus dentistas, como eu falei, a média que eles estão comigo é de 15 anos, então existe realmente um relacionamento. Eu tenho empresas que estão comigo há 33 anos, 32 anos, nessas empresas aquele bebê que estava com um ano de idade hoje é um adulto e tá levando os seus filhos no mesmo dentista...(INF1-TORONTO).

Segundo Silva Junior e Mascarenhas (2004), o conceito de vínculo pode ser entendido em três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Na primeira, o profissional de saúde que mostra gosto pela profissão se interessa pelo paciente, estabelecendo com ele um vínculo estável que se torna valioso instrumento de trabalho. Na dimensão terapêutica, busca-se uma nova forma de cuidado, na qual a interação e a convivência superam a intervenção e o domínio na relação entre profissionais e pacientes. Por último, a continuidade consiste em um fator de fortalecimento do

vínculo e mútua confiança nesta relação, através da responsabilização do profissional sobre o processo de atenção ao paciente.

Contudo, o que se vê na fala acima, assim como em outro estudo com operadoras de planos privados de saúde sobre modelos assistenciais, é o entendimento de vínculo mais como uma fidelização do cliente do que uma referência segura para o beneficiário, a qual pressupõe responsabilidade sobre sua saúde integral e sobretudo o reconhecimento pelo usuário de que alguém o está protegendo, cuidando (LAPPIS, 2007).

#### *6.2.1.2 Relações das operadoras com a ANS*

As relações das operadoras com a ANS foram investigadas inicialmente através de uma pergunta aberta no questionário sobre a organização das operadoras frente à regulamentação estabelecida após a criação da Lei nº5696/1998 e da ANS. Neste sentido, grande parte das operadoras afirma que as mudanças ocorridas pós-regulamentação e criação da ANS são positivas, principalmente com relação à profissionalização da gestão (8 operadoras), maior eficiência na prestação dos serviços (2 operadoras), maior segurança aos beneficiários pela padronização contábil-financeira das empresas (2 operadoras) e pela expansão da rede prestadora (2 operadoras).

Por outro lado, mudanças contínuas e frequentes no processo regulatório foram citadas por 2 operadoras e o aumento dos custos operacionais ocasionado pelas exigências da ANS foi elencado por 3 delas como desafios do setor de planos de saúde, sendo que uma destas sugere que deveria haver diferenciação destas obrigações para as operadoras exclusivamente odontológicas em relação às operadoras médicas e outra afirma que há uma tendência no mercado de que as pequenas operadoras desapareçam, devido à dificuldade de cumprir com estas obrigações.

A complexidade das relações entre operadoras e ANS se confirma com a análise dos dados qualitativos. Alguns informantes consideram positiva a atuação da ANS, principalmente em relação ao maior controle financeiro das operadoras, o que garante para o beneficiário que a empresa tem solidez para prestar a assistência contratada. Também foi pontuado que a regulação, ao trazer maior padronização, inclusive das nomenclaturas e códigos utilizados para os procedimentos, possibilitou que o setor trabalhe com mais transparência.

Com a criação da ANS foi bom para a gente por que? Porque existiam por aí diversas empresas, as quais realmente enganavam o consumidor e não existia lei nenhuma. [...] Só ficaram aquelas empresas sérias, aquelas empresas que tinham competência para estar trabalhando porque nós somos fiscalizados constantemente, a empresa ela tem que realmente estar saudável, é uma garantia para nós como operadora e sobretudo para o consumidor final (INF1-TORONTO).

Hoje em dia nós temos um padrão, nós temos uma tabela única, nós temos uma nomenclatura única, nós temos várias coisas a seguir porque antigamente cada operadora usava um código, uma tabela, uma nomenclatura diferente, então hoje em dia você comercializa um produto e esse produto ele é padrão para todas as operadoras, então você cria uma concorrência leal (INF2-TORONTO).

O marco regulatório da saúde suplementar, representado pela lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) é considerado um importante avanço no âmbito do setor privado de assistência à saúde, uma vez que estabelece a regulação financeira das operadoras, determina limites de coberturas e institui os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios. Nos documentos analisados, pode-se perceber a tradução destas obrigações, principalmente nos contratos estabelecidos entre operadora e beneficiário.

O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações (DOC1-TORONTO).

Entretanto, percebe-se a diversidade de opiniões sobre as políticas regulatórias a que estão sujeitas as operadoras pesquisadas, bem como sobre a quantidade de obrigações e exigências a serem cumpridas.

A operadora é uma gincana eterna, é um negócio impressionante a quantidade de demanda que se tem, demanda de todas as ordens, quer dizer, você tem uma demanda imensa para você conseguir crescer num mercado competitivo, você tem uma regulamentação extraordinária porque além da regulamentação normal de qualquer empresa você tem uma regulamentação específica da ANS, tem que dar conta disso e a toda hora tem uma coisa nova, e tá mudando. Todo ano, toda hora tem uma resolução normativa nova que você tem que atender, que você tem que mudar (INF1-MONTREAL).

Eu entendo que a ANS trouxe coisas positivas e também coisas não tão positivas assim, né? Ela de uma certa maneira restringe o nosso trabalho, nos obriga a fazer várias coisas.[...] Então a partir desse momento nós começamos a ter que adequar a nossa empresa e aí é que veio um grau de dificuldade muito grande (INF1-QUEBEC).

Os dados obtidos neste estudo foram semelhantes aos resultados do estudo de Malta *et al.* (2005), no qual as operadoras se mostraram ora defensoras da atuação da ANS, ora insatisfeitas com as limitações impostas pela legislação. O desequilíbrio financeiro entre o aumento das coberturas e o controle do reajuste dos preços dos planos foi citado como frequente preocupação pelos sujeitos da pesquisa neste estudo.

A política de qualificação da ANS, considerada pela Agência uma importante ferramenta para a mudança do modelo de atenção à saúde na saúde suplementar (ANS, 2010a), também causou diferentes reações ao ser abordada pela pesquisadora.

A gente acha interessante (*o IDSS*). Porque a gente tem alcançado lá notas bem acima da média, eu acho que isso para nós é interessante porque tá medindo de fato a qualidade. A gente usa como ferramenta, faz parte inclusive da nossa

proposta, na nossa apresentação quando vai na empresa, e a gente até orienta as empresas ao querer comprar um plano odontológico que ela também pesquise, que ela também vá ver esses índices (INF1-TORONTO).

Na verdade é até difícil de entender de como é que eles chegam a esses números... nós temos milhares de usuários, se tivermos uma reclamação, pronto! É zero, isso é um absurdo (INF1-QUEBEC).

Percebe-se pelas falas acima que há, de certa forma, o entendimento de que a política de qualificação serve como estratégia de *marketing* para as operadoras, que inclusive se preocupam com a divulgação do IDSS caso este seja considerado baixo. Sendo assim, as operadoras mostram desconhecimento sobre o verdadeiro sentido desta política, a qual, segundo a ANS, representaria um convite à construção de um setor mais centrado no usuário; com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, observando os princípios de integralidade e resolubilidade; com uma concepção de inclusão de todos os profissionais de saúde; com respeito ao controle social; e mais articulado com o Ministério da Saúde (ANS, 2010a). No entanto, esta visão mais corporativa de perceber a política de qualificação como uma ferramenta de mercado acaba sendo induzida pelo próprio órgão regulador, ao publicar, em seu relatório de divulgação dos resultados do IDSS, que o índice permite a comparação entre operadoras semelhantes, estimulando a concorrência no setor (ANS, 2013).

#### *6.2.1.3 Relações das operadoras com o SUS*

No que se refere à interface das operadoras com o SUS, as operadoras que participaram da fase quantitativa da coleta foram questionadas quanto ao ressarcimento ao SUS por procedimentos realizados em seus beneficiários. Todas as 14 operadoras afirmaram que não há interface com o SUS neste sentido, ou seja, que nunca ressarciram procedimentos realizados por seus beneficiários ao SUS. Posteriormente, na fase qualitativa, os entrevistados demonstram ter conhecimento sobre a regulamentação que trata do ressarcimento, porém relatam que na odontologia, o ressarcimento não acontece,

provavelmente pela falta de oferta de serviços de saúde bucal no setor público.

A medicina hoje ressarcir o SUS, os planos médicos, sobre atos feitos via SUS são volumes enormes já, porque na medicina o SUS em alguns lugares, por exemplo, [...] a melhor UTI neonatal do estado que atende via SUS, se cai alguém de plano de saúde lá, o SUS pede ressarcimento. Modelo odontológico: nunca aconteceu, que o SUS pedisse de nós ressarcimento de um ato odontológico atendido por uma clínica SUS, nunca. Nunca aconteceu. Apesar de a legislação ser a mesma (INF1-QUEBEC).

Teoricamente a lei é a mesma, mas como o SUS não dá o atendimento odontológico a gente nunca teve nenhuma solicitação de ressarcimento porque não tem, a gente não tem paciente que tenha sido atendido pelo SUS, cliente nosso que tenha sido atendido pelo SUS (INF2-MONTREAL).

O ressarcimento ao SUS é a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS no eventual atendimento de seus beneficiários que estejam cobertos pelos respectivos planos (BRASIL, 1998). Embora não exista no texto legal qualquer distinção entre os tipos de atendimento a serem ressarcidos, o modelo de ressarcimento tem sido restrito às internações hospitalares e praticamente inexistente reembolso ao SUS por operadoras da segmentação odontológica (FINKLER *et al*, 2009). Ao consultar as bases de dados da ferramenta ANS Tabnet<sup>8</sup>, foram identificadas, entre os anos de 2001 a 2011, 80 internações de beneficiários de operadoras da modalidade odontologia de grupo no SUS e nenhum caso de beneficiários da modalidade cooperativa odontológica.

Scatena (2004), em seu trabalho sobre a utilização de serviços do SUS por beneficiários de planos de saúde em São Paulo, já havia identificado dificuldades de integração entre os sistemas de informação do SUS e da ANS, motivo que leva a falhas na identificação dos beneficiários atendidos no SUS e à restrição do ressarcimento aos casos de internação hospitalar. Uma das ações da ANS para melhorar a

---

<sup>8</sup>Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia\\_novo.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm).

cobrança do ressarcimento foi determinar que as operadoras tenham em seu cadastro o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de seus beneficiários. O uso do número do CNS integra os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, agilizando o processo de ressarcimento (ANS, 2012a). Em nossa pesquisa, os informantes mostraram ter conhecimento sobre esta política de integração da ANS.

Eles estão ligando tudo. É o CPF, o cartão nacional de saúde e a operadora. Então se ele for atendido pelo SUS, a intenção disso é o tal do ressarcimento. Se ele for atendido pelo SUS a ANS vai dizer "opa, eu paguei 100 reais para ele ser atendido pelo SUS, mas ele tem operadora", então ele vai lá e cobra da operadora (INF2-MONTREAL).

Sobre uma possível interface do SUS com a saúde suplementar na saúde bucal, as falas dos entrevistados revelam, por um lado, desconhecimento sobre a existência de uma Política Nacional de Saúde Bucal, e por outro, percepções sobre a qualidade dos serviços de saúde bucal oferecidos no SUS que remetem a um paradigma historicamente construído sobre a odontologia no sistema público, uma vez que a mesma permaneceu por muito tempo focada na atenção aos escolares, com práticas pouco resolutivas, excludentes e que pouco contribuíram para a melhoria das condições de saúde bucal da população (OLIVEIRA *et al.*, 1999; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Eu acho que vai demorar bastante para o SUS conseguir dar um atendimento minimamente de qualidade, acho que não vai ser fácil, entendeu? Pode acontecer num futuro de médio prazo se tiver um investimento maciço nisso, mas assim, eu acho que o nosso déficit de saúde médica que é mais evidente, que é mais urgente, é tão grande que até chegar no odontológico acho que é mais difícil...(INF1-MONTREAL).

Quando você tem um convênio é claro que você é muito bem atendida, né? Não só porque você está pagando porque também depende do profissional que está do outro lado te atendendo, mas o respaldo é maior, né? Mas quando você está num



sistema público eu acredito que não muito, porque eu conheço pessoas que esperam 3, 4, 5 meses para serem atendidas, né? E é só para ver a boca, depois vai lá faz uma restauração aí cai, daí mais um (mês) para colocar de novo. Eu vejo o sofrimento das pessoas (INF3-TORONTO).

...porque você vai nesses consultórios que eles tem por aí, os equipamentos são velhos, ultrapassados, não tem estrutura para um profissional trabalhar direito, o profissional faz o básico do básico (INF1-TORONTO).

Sabe-se que a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal representa o resgate ao direito dos cidadãos brasileiros à atenção em saúde bucal. Por meio de ações governamentais que visam superar o histórico abandono e a falta de compromisso com a população, há uma proposta de mudança no modelo de atenção em saúde bucal no SUS, com incentivos financeiros para a qualificação da atenção básica e especializada, com vistas à integralidade nas ações de saúde bucal; utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento; vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento; política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal; e agenda de pesquisa científica para investigar problemas relativos à saúde bucal e desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos (BRASIL, 2004; MOYSÉS, 2008).

Os resultados desta política podem ser vistos quando se analisam as condições de saúde bucal da população, principalmente pelos resultados das duas últimas pesquisas nacionais de saúde bucal, os quais comprovam a redução na prevalência da doença cárie em crianças e adultos (BRASIL, 2011c; RONCALLI, 2011). Porém, os avanços em termos de acesso e cobertura para as ações e serviços de saúde bucal no âmbito do sistema público, embora significativos, ainda estão longe de garantir o princípio constitucional da universalidade, uma vez que quase 12% da população brasileira declara nunca ter consultado um dentista (BRASIL, 2010) e permanece a grande diferença no acesso e utilização de serviços de saúde bucal em função dos extratos socioeconômicos. A cobertura populacional por equipes de saúde bucal alcançou aproximadamente 38% em 2013 e quanto à oferta de serviços especializados e mais complexos, houve grande incremento desde a

criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (DAB/SAS/MS, 2014), mas o setor privado ainda é o responsável pela maior parte dos atendimentos odontológicos (PERES K. G. *et al.*, 2012; PERES M. A. *et al.*, 2012).

Em função destas deficiências ainda presentes no sistema público e da grande influência de um modelo de atenção em saúde bucal edificado em bases que fortalecem a prática privada, também denominado odontologia de mercado (NARVAI, 2006), pode-se inferir que os entrevistados perpetuam na sua rotina de trabalho, uma visão negativa e parcial sobre a assistência à saúde no SUS. Esta imagem, difundida de forma intensa na mídia e no setor privado acaba funcionando, segundo Menicucci (2008) tanto como critério para julgamento prévio da eficácia do sistema, como justificativa da preferência pela assistência privada. Preferência esta que se revela nas falas a seguir, onde os informantes, mostrando evidente desconhecimento sobre o SUS e sobre saúde coletiva, chegam a sugerir que a lógica de organização da saúde bucal na saúde suplementar seria uma solução para a oferta de saúde bucal no SUS e não o contrário.

Mas as ações públicas o que a gente observa, nós que estamos esses anos todos no mercado, não são políticas contínuas, por exemplo, o SUS na odontologia, né? Então eu não sei realmente quantificar, eu sei que existe trabalhos, eu sei que a sociedade utiliza, o povo utiliza e tal. Mas o grande problema desses serviços é que esse modelo não funciona (INF1-QUEBEC).

Se o SUS tivesse a disposição de fazer isso através das operadoras, entendeu? Assim como o SUS hoje paga para empresas, diversas clínicas médicas, diversas que estão credenciadas podem fazer raio-x, podem fazer tomografias pelo SUS... As operadoras tem essa capilaridade e capacidade técnica de fazer e avaliar se tem fraude inclusive. Essa poderia ser uma saída para que o SUS viabilizasse o tripé do atendimento, tanto para o cliente seria bom, e para a operadora seria um contingente grande de pessoas que poderiam ser atendidas (...) É possível fazer uma parceria entre o interesse público de tratar da saúde dos pacientes e a atividade privada de cuidar da

saúde? É possível, é possível (INF1-MONTREAL).

Mais do que falta de conhecimento sobre os alicerces em que se fundamentam o SUS, percebe-se que os entrevistados enxergam, na “ineficiência” do sistema público, uma oportunidade de negócio, uma forma de expandir ainda mais os serviços privados. Este conjunto de ideias se reforça tanto na dificuldade que o Brasil ainda enfrenta para garantir a solidez política e financeira necessária à devida valorização da saúde bucal como política de Estado, como na própria conformação do sistema de saúde brasileiro, duplicado e dependente, ainda em grande escala, de contratos com o setor privado para ofertar serviços, principalmente os mais complexos e especializados, uma das características do *mix* público-privado da assistência à saúde (CECÍLIO *et al.*, 2005; FINKLER *et al.*, 2009; VICTORA *et al.*, 2011).

Consequentemente, há a necessidade de uma regulação governamental que realmente defina a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde, fazendo valer, nestes diversos arranjos, o interesse público e a garantia dos princípios constitucionais do direito à saúde (MENICUCCI, 2009; CORDEIRO *et al.*, 2010; VICTORA *et al.*, 2011). Com relação à saúde bucal, isto implica, na fala de Narvai (2006) em ações que permitam atender às necessidades de todas as pessoas (universalidade), viabilizando seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (integralidade), ofertando mais aos que mais necessitam (equidade).

#### 6.2.1.4 Relações das operadoras com os prestadores

Quanto às relações das operadoras com os prestadores, os dados remetem a uma preocupação das operadoras em manter um grupo relativamente estável de prestadores, estabelecendo relações de parceria e fidelização com os mesmos.

A maior preocupação nossa nesse momento, até mesmo pela razão da própria concorrência que existe é fidelizar a carteira de clientes, mas fidelizar sobretudo os dentistas, né? Porque sem dentista a gente não existe, né? A gente necessita dele sobretudo (INF1-TORONTO).

Embora as operadoras reconheçam a importância de manter uma relação saudável com seus prestadores, o estabelecimento de determinadas normas de conduta e rotinas de trabalho torna clara a intervenção das mesmas na forma de atuação dos profissionais credenciados, configurando mais uma vez relações desiguais de poder no campo microrregulatório, as quais tem como pano de fundo uma certa adaptação à regulação estatal exercida pela ANS (LAPPIS, 2007).

Existe um estatuto em que ele tem que seguir, né? Então ele tem lá algumas... a questão de conduta, a questão em relação ao paciente, a questão de não desviar cliente, solicitar tudo aquilo que seja necessário (INF1-TORONTO).

O dentista [...] a partir do momento que ele se envolve, nós temos que cumprir normas de segurança, ANS, então ele deixa de fazer o que quer e tem que cumprir as normas (INF1-QUEBEC).

Cecílio *et al* (2005a) afirmam que as relações entre operadoras e prestadores no campo microrregulatório ocorrem segundo uma lógica própria, ditada de um lado, pelo protagonismo de múltiplos atores, com seus interesses, cada um deles com controle diferenciado de recursos e, por outro, pela existência de certas regulações ou regras externas ao campo que, de alguma forma, configuram a possibilidade destes atores agirem com mais ou menos liberdade.

As disputas de poder entre prestadores e operadoras levam a uma série de conflitos, os quais serão discutidos na categoria a seguir.

#### *6.2.1.5 Conflitos presentes nestas relações*

Foi investigado através do questionário a existência de divergências com prestadores em relação aos procedimentos realizados, o que foi confirmado em 11 das 14 operadoras (Tabela 3). Estas divergências se referem à execução de um volume de procedimentos além do limite estabelecido (2 operadoras) ou fora do protocolo ou da cobertura do plano (4 operadoras). A ausência de autorização prévia foi identificada como causa de divergências em 6 operadoras, bem como problemas no preenchimento de fichas e prontuários (6 operadoras). Entre outras causas de divergência, as operadoras elencaram a

realização de restaurações em dentes considerados hígidos, resultado final sem qualidade e repetição de procedimentos dentro do prazo de garantia estabelecido nos contratos.

**Tabela 3. Divergências entre operadoras e prestadores quanto aos procedimentos realizados.**

	<b>Volume de proced. além do limite</b>	<b>Proced. fora do protocolo</b>	<b>Ausência de autoriz. prévia</b>	<b>Problemas no preench. de fichas e prontuários</b>	<b>Outros</b>	<b>Não há divergências nesta questão</b>
<b>Sim</b>	2	4	6	6	3	3
<b>Não</b>	12	10	8	8	11	11

As questões apontadas como motivos de divergência entre prestadores e operadoras aparecem inúmeras vezes na fala dos entrevistados. Com relação ao número de procedimentos, as operadoras relatam que muitos prestadores excedem a quantidade de procedimentos ou acabam incluindo, na sua produção, procedimentos que não realizaram. A presença do auditor na operadora tem, como uma de suas funções, evitar que estas fraudes ocorram, o que acaba se traduzindo em mais um fator de conflito no ambiente microrregulatório.

Tem situações que a gente já chegou a pegar em consultórios em que já tinha uma guia pré-montada para o convênio, coisa que você não faz isso no particular, quando você chega lá você vai verificar. No convênio é como se todos necessitassem de raspagem, profilaxia, aplicação de flúor, controle de placa, blablabla... já tá montado aquilo e depois só vai colocar os demais procedimentos (INF1-TORONTO).

Na realidade, claro, existe uma guerra entre auditor e profissional [...] na realidade assim, a gente quer uma qualidade de serviço que nem sempre existe e também servir de ligação entre o paciente e o profissional e o plano, "olha não é o trabalho mais indicado para o teu caso, tem esse, esse e esse..."(INF2-QUEBEC).

Uma das possíveis situações que levam os profissionais a cometerem fraudes contra as operadoras é o descontentamento com os valores pagos

aos mesmos pelos procedimentos odontológicos, fato já discutido em estudos sobre a inserção do cirurgião-dentista no subsistema de saúde suplementar (D'AVILA *et al*, 2007; PIETROBON, 2010; VILELA *et al.*, 2010). Este parece ser um dos principais motivos de conflito entre prestadores e operadoras. As operadoras, por sua vez, reconhecem a baixa remuneração aos prestadores.

Um conflito eterno, juntar essas duas pontas, pois o que eu mais ouço aqui "porque tá caro! Tá caro", todo mundo reclama, cliente, pessoa física e tal, e o dentista "ah porque paga pouco" então tenta juntar isso aí, né? Então esse é o nosso conflito. Grande conflito é o financeiro de chegar num ponto de equilíbrio (INF1-QUEBEC).

Quer dizer, a gente tenta manter um relacionamento realmente próximo (com o prestador), nem sempre é fácil porque existe uma questão financeira porque ele quer que a gente pague mais e nem sempre a gente pode fazer o que ele quer, evidentemente tem um jogo aí de interesses divergentes(INF1-MONTREAL).

Quando expõem suas justificativas para a baixa remuneração aos profissionais, as operadoras revelam também um dos motivos de conflito nas suas relações com a ANS: a questão dos custos relacionados à implementação de ações exigidas pela agência, os quais muitas vezes não podem ser repassados aos beneficiários, na forma de reajuste dos planos.

Quando a gente pensa em remunerar mais, a ANS vem e aí quebra a gente, porque impacta muito, o volume das ações que ela nos obriga a fazer, a ter, vai muito dinheiro, né? E aí você é obrigado a tirar de onde? Tirar dali de onde você ia remunerar melhor o profissional [...]chega agora no fim do ano eles sempre inventam alguma coisa, é incrível isso! Porque eles inventam alguma coisa, só que inventam e tudo tem custo, né? Então simplesmente eles fiscalizam a operadora para que a operadora não repasse nenhum custo, só que eles só criam ferramentas e

outras coisas a mais para que gere custo para a operadora (INF1-TORONTO).

Contudo, ao pesquisar sobre a lucratividade do segmento odontológico da saúde suplementar, percebe-se que as operadoras exclusivamente odontológicas investem em média, menos de 50% dos valores arrecadados pelas mensalidades dos beneficiários (receita de contraprestações) em assistência. Este número é um pouco maior na modalidade cooperativa odontológica (64,6%), mas fica longe da despesa assistencial das operadoras médicas, que ultrapassa 80% da receita de contraprestações (VIEIRA, COSTA, 2008; ANS, 2013a). Mesmo que esta diferença seja devida ao maior custo dos procedimentos médicos, quando comparados aos odontológicos (PIETROBON *et al*, 2008), é possível que o segmento odontológico da saúde suplementar represente um dos setores empresariais mais lucrativos do Brasil.

Ainda sobre conflitos entre operadoras e ANS, surge a questão da comunicação com o órgão regulador, que, na visão das operadoras, nem sempre é acessível.

A ANS falha, eu diria, porque mantém uma distância muito grande. A gente tentou marcar reunião por mais de um ano com a ANS e eles negando, inclusive chegaram a negar dizendo que a ANS não pode se reunir com a operadora para manter o princípio da impessoalidade, poxa! Mas eu tô tentando adequar uma série de processos nossos às exigências, às normas, eu preciso de orientação de quem exige!(INF1-MONTREAL)

É como se a ANS, ela fosse um deus, eles acham o que é certo, que é aquilo, que tem que ser daquele jeito e tem que ser feito daquela forma... você analisa assim, eles sempre abrem consulta pública, só que eu nunca consegui participar de uma consulta pública eletrônica ou dar opinião (INF2-TORONTO).

A ANS, como agência reguladora do setor de saúde suplementar, tem entre seus papéis, o de configurar-se como espaço de discussão, inclusive para a melhoria do processo regulatório. Neste sentido, é necessário que a ANS esteja aberta a todos os agentes envolvidos,

operadoras, beneficiários, prestadores e sociedade civil. Mas cabem aqui alguns questionamentos: primeiro, até que ponto as operadoras, ao terem maior abertura de diálogo com a ANS, não se utilizarão desta para influenciar ainda mais o modelo de regulação segundo a lógica do mercado? Será que a ANS, ao justificar sua forma de agir através do “princípio da impessoalidade”, como na fala acima, não está de alguma forma, buscando ser imparcial nas suas atitudes, tal como se imagina de um ente regulador da sua natureza? E por último, qual seria a forma mais adequada para equilibrar os conflitos de interesse entre operadoras e ANS e, ao mesmo tempo, resguardar o interesse legítimo de orientar a atenção à saúde no setor privado pelo moldes do SUS?

Talvez as respostas para estas perguntas estejam na reconstrução do arcabouço regulatório do sistema de saúde (MENICUCCI, 2009), indo de encontro à sua característica segmentada e promovendo uma ressignificação do papel da ANS, de instituição meramente garantidora dos interesses do consumidor, para um agente efetivamente reordenador da produção de saúde privada como bem de responsabilidade pública.

Finalmente, outras situações que levam a conflitos no setor, tais como divergências com beneficiários, foram citadas pelos entrevistados. Estas situações são quase sempre relacionadas à dificuldade dos clientes em acessar a rede prestadora de serviços, ocasionando inclusive cancelamento de contratos.

Então muita gente cancela [...] ou porque teve algum problema no atendimento com o dentista, não conseguiu... às vezes não consegue fazer o atendimento, a consulta, a marcação de consulta dependendo da região, a gente verifica "ah, realmente nessa região a rede tá um pouquinho fraca", tudo isso eu sinalizo direto para o setor de credenciamento, aí eu sinalizo todos os problemas de cancelamento (INF2-MONTREAL).

Divergências entre as operadoras e seus auditores não são comuns, embora tenha surgido na fala dos entrevistados que as operadoras muitas vezes não ouvem os auditores no momento de definir procedimentos a serem cobertos além daqueles exigidos pela ANS.

Existe aquele rol que é obrigatório e as empresas depois escolhem os procedimentos que vão cobrir ou não, tá? E isso dificulta um pouco porque tem



uma negociação, por exemplo, nós estamos com carência de alguns procedimentos nas tabelas e não temos condições de mexer. Por que? Porque daí fica o auditor colocando que precisa, a empresa dizendo que não tem como, aí tem que consultar a ANS...(INF2-QUEBEC).

A forma como as operadoras definem as coberturas assistenciais será abordada junto à discussão dos resultados da dimensão assistencial do modelo de atenção à saúde bucal. Mas é importante salientar, ao final deste componente, que a presença de conflitos será vista transversalmente em vários outros momentos da análise dos resultados, pela própria interdependência das dimensões política, organizativa e assistencial do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar.

#### *6.2.1.6 Parcerias*

Neste componente foi perguntado às operadoras sobre a existência de parcerias com entidades públicas e/ou privadas, sendo que 8 das 14 operadoras afirmaram ter parcerias, citando várias instituições de cunho público, tais como governos estaduais, escolas e universidades, mas também instituições privadas, especialmente outras empresas do setor de saúde suplementar, clubes, sindicatos e associações.

As parcerias são vistas pelas operadoras como estratégias de mercado, seja para facilitar a venda dos planos, seja para a divulgação do nome da empresa, quando se trata de trabalho social e/ou voluntário com o propósito de ofertar assistência odontológica a pessoas de baixa renda.

Nós temos muitos convênios com órgãos públicos, entendeu? Com o estado, governo federal, tribunal de justiça, mais de 20 prefeituras, e a gente faz um convênio para que possa consignar em folha de pagamento (INF1-MONTREAL).

A gente tem também projetos com várias entidades, até o poder público também, a gente leva a unidade móvel, consegue dentista, palestrante e tudo o mais para participar em escolas, creches, mais no sentido de

conscientização mesmo, então todos os anos a gente participa, em média são 2 ou 3 eventos todo mês. E a gente vai, concede kit com escova, creme dental, fio dental, ensina a escovar, a gente tem escovódromo... (INF1-TORONTO).

Os dados coletados mostram semelhança com a pesquisa de Malta *et al.* (2005), onde seis das sete operadoras investigadas disseram estabelecer parcerias com órgãos públicos, entidades sociais e organizações não governamentais (ONGs).

O fortalecimento e expansão do subsistema de saúde complementar a partir de estruturas de natureza pública, tal como declarado nas falas acima, pode ser considerado mais um desdobramento das múltiplas dimensões que envolvem a articulação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Na visão de Bahia (2008), mais do que um trânsito de pacientes-clientes de planos de saúde por serviços públicos (o que não parece ser comum no segmento odontológico, pela ainda insuficiente oferta de atenção à saúde bucal no SUS) tem como pano de fundo a complexa trama de mecanismos que envolvem os incentivos públicos ao financiamento, a conformação das demandas e a organização da oferta do subsistema suplementar.

Mecanismos estes que, embora legitimados, não aparecem na agenda governamental de discussão sobre a regulação da saúde suplementar, permanecendo, segundo Menicucci (2008), a ausência de problematização a respeito do papel do Estado no processo de expansão dos planos e seguros privados. Desta forma, não se pode deixar de lado os arranjos políticos e econômicos que favorecem estas articulações e acabam por determinar muitas das características do modelo de atenção ofertado aos beneficiários.

#### *6.2.1.7 Incorporação de novas tecnologias*

A incorporação de novas tecnologias e procedimentos foi investigada inicialmente por meio de pergunta aberta no questionário, sendo que 8 das 14 operadoras relataram que ela ocorre a partir de exigências da ANS. Duas operadoras agregam aos fatores para a tomada de decisão a demanda dos beneficiários e da diretoria da empresa. A análise do custo agregado a novas tecnologias foi citada por 2 operadoras, bem como a incorporação com base em evidências científicas. Uma operadora destacou a existência de um comitê técnico para analisar propostas de inclusão de novos procedimentos, técnicas ou

novas condutas e outra relatou que há um processo de planejamento e definição do escopo anterior à incorporação das novas tecnologias.

As exigências da ANS em relação à inclusão de procedimentos, a partir da revisão do rol de procedimentos odontológicos foi citada por alguns entrevistados como um desafio para o setor, uma vez que impactam financeiramente as empresas.

Você não pode simplesmente impor, falar "faça isso, faça aquilo" sem saber que aquilo vai impactar financeiramente, então eu gostaria muito que todo mundo tivesse acesso a clareamento, tivesse acesso a implante e tudo mais, mas tudo isso tem um custo e quem vai pagar a conta? É isso que tem que se pensar e a gente tá indo para um caminho que a cada hora é mais e mais procedimentos, e a gente não consegue ao mesmo tempo trazer de volta nem 5% do que eles estão colocando a mais (INF1-TORONTO).

Aí eu te pergunto, quer dizer os planos de saúde tem que dar mais serviços, mas não te dão o direito de cobrar mais por isso? (INF1-QUEBEC).

Em um estudo que analisou o mercado de saúde suplementar na região centro-oeste, as operadoras, de um modo geral, relatam fazer “o que a ANS manda” em relação à incorporação de novas tecnologias, orientando-se pelo rol definido pela Agência, não cobrindo tecnologias adicionais (BARROS *et al*, 2009). No segmento odontológico, a incorporação de tecnologias teoricamente poderia ocorrer de maneira mais segura, uma vez que a previsibilidade de acontecimento de doenças bucais tende a ser mais alta do que na área médica, possibilitando um cálculo mais preciso dos custos envolvidos (COVRE; ALVES, 2002). Contudo, frente a uma outra característica dos planos odontológicos, denominada seleção adversa (CECÍLIO *et al*, 2005a), na qual os indivíduos com maiores necessidades de tratamento odontológico tendem a procurar mais pelos planos de saúde, causando, principalmente no início do vínculo ao plano, maior utilização do mesmo, a inclusão de novos procedimentos pode funcionar como indutor de demanda. Este processo se dá especialmente com beneficiários de planos individuais, levando ao aumento da sinistralidade e, como consequência, aumento dos custos e diminuição

das taxas de retorno das operadoras. A preocupação com a indução de demanda fica explícito na fala de um dos entrevistados.

"A partir de agora a ANS vai 'dar' prótese nos planos odontológicos", só que eles não disseram as próteses que eles estavam dando como cobertura, que na verdade foi imposto aqui na época. São próteses pensando em devolver a função dos dentes, ou seja, mastigação. Para devolver a função aquilo funcionava, esteticamente é horrível, mas eles não falaram isso. Agora vai colocar para o brasileiro que infelizmente não tem conhecimento nenhum, que agora que tá tendo acesso ao dentista, você chega e diz em rede nacional que a partir de manhã o plano odontológico vai dar cobertura para prótese? Meu deus aquilo foi uma loucura. Aí a gente teve que fazer um trabalho junto com o vendedor, junto com o cliente... e isso teve custo (INF1-TORONTO).

Desta forma, explica-se a resistência das operadoras em incorporar procedimentos e novas tecnologias, inclusive aquelas definidas pela ANS como obrigatórias. Embora as operadoras odontológicas possuam as maiores margens de lucro entre as empresas de planos privados (PIETROBON *et al*, 2008, VIEIRA; COSTA, 2008), em nenhum momento isto foi mencionado pelos entrevistados, ou seja, tal como Mussi (2010) verificou em seu estudo, parece que o mais importante é sempre a saúde financeira das empresas. E mesmo tendo declarado que há dificuldade em repassar este aumento de custos para os beneficiários, as operadoras afirmam que o rol de procedimentos obrigatórios gerou aumento dos preços dos planos, o que poderia ser evitado se fosse adotado, por exemplo, o modelo americano, que parece não ter regulação nesta área.

Com o rol de procedimentos básicos que foi obrigado a ser colocado pela ANS houve um problema sério que foi o fator financeiro de cada plano, o reflexo foi grande para muitos, por exemplo, tinham planos que eram de cobertura total, o beneficiário não tinha participação, mas que foram obrigados a participar em função desse rol que aumentou muito e aí abriu uma demanda

enorme de procedimentos que antes não eram cobertos (INF2-QUEBEC).

Esse é um dos problemas que a gente enxerga, por exemplo, nos Estados Unidos os planos que eles tem lá não tem essa regulamentação, ou seja, você pode fazer um plano somente de restaurações, e "ah eu quero fazer prótese" é particular, eventual ou então a pessoa que já sabe que só tem pequenos problemas e faz esses planos mais baratos. Aqui não, aqui a ANS determina um rol específico e que inclui as próteses unitárias, bloco e coroa, certo? O que aconteceu com os planos mais baratos? Encareceram (INF1-MONTREAL).

A partir da fala acima, percebe-se que características de um regime de proteção social altamente focalizado, o regime liberal, aqui representado pelos Estados Unidos (ESPING-ANDERSEN, 1990), parecem influenciar ideologicamente os entrevistados, bem como suas concepções sobre a atenção à saúde bucal na saúde suplementar. Contudo, é importante salientar que o modelo de atenção à saúde americano, com seu excessivo gasto privado e grandes desigualdades de acesso aos serviços, deixa uma substancial parcela da população excluída de qualquer cobertura, especialmente na área de saúde bucal (MOYSÉS, 2008; RODRIGUES; SANTOS, 2009; SCHEFFER; BAHIA, 2010), não representando um padrão a ser seguido pelo Brasil. Reitera-se que entre os objetivos da política nacional de saúde bucal está a garantia do direito constitucional de assistência integral à saúde e a redução das desigualdades no que se refere às condições de saúde bucal dos brasileiros.

Cabe ainda a reflexão sobre de que forma o sistema de saúde brasileiro poderia então ir de encontro a esta lógica e evitar a “americanização” da saúde, se este mesmo modelo americano parece ser referendado pelo próprio Estado em outras áreas, como por exemplo na concentração da agenda governamental nas políticas de redução da pobreza, conforme o receituário liberal do Banco Mundial. Mais do que recursos financeiros para a articulação do SUS com todos os seus princípios, outros embates, tais como a revitalização da sociedade civil na qual tem origem a Reforma Sanitária serão necessários para ir de encontro às propostas do modelo americano (PAIM, 2013).

Ademais, percebe-se que a incorporação de novas tecnologias e procedimentos é vista apenas de forma mercantilista pelas operadoras, as quais parecem não dar importância ao fato de que, para a garantia do princípio da integralidade na saúde bucal, é necessário ofertar tanto as ações de promoção e prevenção, como as de tratamento e reabilitação, tal como preconizado nas diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004). Sendo assim, o modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar segue caracterizado pela fragmentação e descontinuidade do cuidado e pela baixa resolutividade da atenção (BRASIL, 2005; ANS, 2009).

#### *6.2.1.8 Crescimento no mercado de planos odontológicos*

Este componente não estava incluído em nenhuma das dimensões da matriz de análise do objeto, conforme se pode verificar na figura 7, apresentada anteriormente. No entanto, no momento da análise dos dados, sentiu-se a necessidade de criar uma categoria temática sobre a questão do crescimento do mercado de planos odontológicos, pela força com que este tema emerge nas falas dos entrevistados.

Dito isto, verifica-se que as operadoras investigadas reconhecem que houve, nos últimos anos, grande crescimento no número de beneficiários de planos odontológico no Brasil. Algumas razões foram elencadas para o crescimento observado, como por exemplo, a ascensão de parcelas da população na pirâmide social, possibilitando com isso, que pessoas até então sem condições financeiras para arcar com custos das mensalidades dos planos odontológicos, passem a cuidar da saúde bucal.

E vem aumentando gradativamente o número de consumidores em razão também da ascensão mesmo, do poder econômico dessas pessoas que hoje conseguem adquirir um plano odontológico (INF1-TORONTO).

Hoje em dia o plano expandiu tanto que todo mundo, graças a deus, pode pagar, não é tão caro assim. A família vai lá e faz um esforçozinho, poxa vida, e paga o convênio por mês. [...]então eu acredito que todo mundo também tem acesso, também mudou bastante, né? A economia do Brasil, hoje em dia muita gente tem convênio (INF3-TORONTO).

O mercado médico cresceu, hoje está estabilizando e aí o que acontece agora com as pessoas? Eles começam a investir também na odontologia porque veem de tanto a gente insistir que é importante ter saúde oral, isso é muito importante (INF1-QUEBEC).

Ao mesmo tempo, foram citados como possíveis fatores que contribuem para o crescimento da odontologia na saúde suplementar a falta de acesso da população à assistência odontológica no setor público, aliada aos altos valores cobrados na assistência privada, quando o paciente utiliza o desembolso direto para financiar seu tratamento. Em nenhum momento, as operadoras reconhecem que o marco regulatório e a criação da ANS, criticados em vários aspectos pelos entrevistados, representam fatores que possam ter contribuído para este crescimento.

...nem o poder público chega lá, então também é complicado, e muitas vezes nós estamos ali para ajudar essa falha existente do poder público (INF1-TORONTO).

Existe um contingente de pessoas imenso no Brasil que não pode pagar um tratamento odontológico, não tem a capacidade financeira de pagar um tratamento odontológico. A pessoa que cuida dos meus filhos, “tava” lá precisando fazer endodontia e não sei o que, quando foi fazer um orçamento custa 500 e poucos reais, quer dizer, para ela é muito caro, mas pagar vinte, trinta reais por mês ela pode, que daria acesso para ela fazer. Então o que a gente deve pensar é que esse contingente que não entraria no consultório dentário passa a entrar, viabilizado pelos planos de saúde (INF1-MONTREAL).

A expansão e o potencial do mercado odontológico na saúde suplementar já foi abordado por alguns autores (PIETROBON *et al*, 2008; OLIVEIRA; LEITE, 2009; MANFREDINI, 2009; GARBIN *et al*, 2013), os quais atestam que houve grande crescimento, porém a cobertura por planos odontológicos ainda permanece distante da que já foi alcançada por planos de assistência médica, fato que suscita projeções e especulações sobre o potencial deste mercado. Dados da

ANS relativos ao primeiro semestre de 2013 (ANS, 2013a) comprovam que há uma distância significativa entre os 19,1 milhões de usuários de planos odontológicos e os 49,2 milhões de planos de assistência médica com ou sem odontologia, sendo que podem existir registros duplicados, caso o beneficiário possua mais de um plano de saúde.

Com relação à mobilidade social como fator determinante para o fortalecimento do mercado de planos de saúde, Bahia (2013) pondera que no restante do mundo, a ascensão das massas trabalhadoras a melhores condições de vida tem originado tanto sistemas públicos de saúde robustos quanto favorecido a indústria de seguros saúde. Sendo assim, o Brasil não estaria “predestinado à privatização da saúde”, uma vez que a inclinação natural do sistema de saúde brasileiro para o setor privado se baseia, na visão da autora, “em uma tentativa de comprovar a existência de uma ‘nova classe média’ mediante a exibição do aumento das coberturas de planos de saúde como indicador de mudança de *status* de classe social” aliada às “intenções de agentes do mercado de expandir seus negócios”, tal como identificado nas falas dos entrevistados.

Quanto à falta de acesso à assistência odontológica de financiamento público e/ou por desembolso direto, a literatura também se refere a este fato como possível alavanca para o crescimento do subsistema de saúde suplementar (PIETROBON *et al.*, 2008; GARBIN *et al.*, 2013). Como já discutido anteriormente, a realidade apontada em diversos estudos revela que houve, sim, melhoria das condições de saúde bucal da população, mas permanece a precariedade no acesso ao serviço odontológico público, em maior ou menor grau conforme a idade, região do país e situação socioeconômica (RONCALLI, 2011; MANFREDINI, 2012; PERES K. G. *et al.*, 2012; PERES M. A. *et al.*, 2012). Embora esta situação sirva de pano de fundo para que as operadoras odontológicas expandam suas atividades no mercado de planos de saúde, é importante reafirmar que o modelo da odontologia de mercado (NARVAI, 2006) referendado pela saúde suplementar, por sua característica biomédica que privilegia a assistência individual, não tem demonstrado eficiência na mudança do perfil epidemiológico em relação à distribuição das doenças bucais na população.

A partir desta discussão sobre o crescimento do mercado odontológico na saúde suplementar, passamos ao componente inicialmente incluído na matriz de análise, o qual trata das estratégias adotadas pelas operadoras frente à configuração deste mercado.



### 6.2.1.9 Disputas no mercado de planos odontológicos

Como último componente desta dimensão, procurou-se conhecer de que forma as operadoras se organizam para enfrentar a concorrência cada vez maior no segmento odontológico da saúde suplementar. Neste sentido, as falas dos entrevistados corroboram com dados publicados pela ANS (2013a) e com estudos que trazem, como uma das características do setor de planos privados de saúde, a grande concentração do mercado, principalmente após o marco regulatório e criação da ANS (PIETROBON *et al.*, 2008; OLIVEIRA, LEITE, 2009; GARBIN *et al.*, 2013).

Esta concentração se caracteriza pela tendência de extinção das pequenas operadoras, as quais por vezes não conseguem se adaptar às exigências da regulação, aliado ao fato que estas empresas tem menor capacidade de competir com os preços praticados pelas grandes operadoras. Estas, por sua vez, possuem como garantia de solidez no mercado a presença de fundos de investidores, representados muitas vezes por bancos, os quais já atuavam no setor de seguros e passam também a atuar no mercado de planos privados de saúde.

Em geral há uma competição grande entre as operadoras e especialmente com o aperto das normas da ANS as pequenas operadoras estão em situação difícil [...] muita operadora pequenininha, pouco profissionalizada, acaba fechando, tem muita gente saindo do mercado. Ou fecha ou é comprada por outra maior, então os gráficos mostram uma concentração de mercado (INF1-MONTREAL).

A tendência é uma concentração de mercado sim, isso é uma tendência né? Um exemplo que nós temos aqui no Brasil é a própria [nome de uma operadora], que hoje está associada ao [nome de um banco], aos fundos, tem fundos de investimentos, e ela comprou várias operadoras, ela cresceu porque ela foi comprando...(INF1-QUEBEC).

Segundo Okcé-Reis (2007), um mercado pode ser considerado concentrado se a empresa líder detém mais de 20% deste mercado ou o grupo das quatro maiores superar 75% do *market share*. Neste sentido,

no segmento odontológico da saúde suplementar, verifica-se que o número de operadoras com beneficiários antes da regulamentação, ou seja, até 1999, era de 441 empresas. Este número até aumentou um pouco no primeiro ano após a regulamentação, passando então a diminuir gradativamente, chegando a 356 em setembro de 2013 (ANS, 2013a). Destas, apenas 20 são consideradas de grande porte, pois possuem mais de 100.000 beneficiários registrados e a operadora com maior número de beneficiários registrados concentra atualmente mais de 30% do total de beneficiários de planos odontológicos no país e mais de 40% da receita arrecadada pelas operadoras da modalidade exclusivamente odontológica.

Outro fator que contribui para esta concentração é a fusão de empresas, que ocorre quando operadoras maiores compram menores e consequentemente passam a ter em sua carteira o contingente de beneficiários associados a elas, ou quando formam conglomerados empresariais, onde todas as operadoras participantes seguem a mesma forma de gestão e organização, embora permaneçam com registros separados perante a ANS.

São grupos mercantilistas que vieram e investem muito mesmo nesse segmento porque eles sabem que tá em ascensão, só que por outro lado eles vão comprando diversas e diversas carteiras, aumenta da noite para o dia sua carteira em 40, 50, 70%...(INF1-TORONTO).

A própria ANS reconhece que, para atender às necessidades da Agência e àquelas atreladas a uma redução de custos administrativos associada à economia de escala, algumas empresas, sobretudo as localizadas nos grandes centros urbanos, estão se fundindo, sendo incorporadas ou até mesmo abrindo seu capital, lançando ações na bolsa de valores, para uma rápida capitalização (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). Este processo de concentração do mercado traz algumas consequências percebidas pelas operadoras, como a grande competição nos preços praticados, principalmente em cidades maiores.

É uma briga que se mata um leão por dia. É você oferecer plano a 12, outros a 11, outros a 9, outros a 8, então fica uma briga. Tem outros que oferecem de graça, faz uma venda casada que nem o caso de algumas operadoras que já vendem

um pacote completo, então já vende a folha de pagamento, o seguro de vida, conta salário, assistência médica "ah vou te dar o odontológico" porque nos outros produtos ele tá ganhando, o valor é irrisório, então ela ganha bem mais se ela conceder (INF2-TORONTO).

Para fazer frente à concorrência e garantir maiores taxas de retorno, as operadoras tem focado então na venda de planos coletivos empresariais, uma vez que a precificação destes planos não é regulada pela ANS.

São planos coletivos. Hoje, na verdade, o nosso grande forte são empresas... Eu vejo que o mercado ele está chegando num ponto que as operadoras, você pode observar uma coisa que está acontecendo, a maioria das operadoras não estão vendendo mais plano para a pessoa física (INF1-TORONTO).

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS (DOC3-TORONTO).

Quanto a esta questão da regulação dos preços e reajustes dos planos coletivos, Ocké-Reis (2007) pontua que a ANS está ainda distante do polo dinâmico do mercado de planos de saúde, que tem a frente as grandes operadoras e seus planos empresariais, permitindo, conscientemente ou não, a auto-regulação desse nicho de mercado. Desta forma, se a Agência continuar regulando apenas os preços dos planos individuais, a regulamentação pode, na visão do autor, perder parte de seu sentido, surgindo a necessidade de se ampliar a abrangência da regulamentação para que atinja preços, produtos e coberturas dos planos empresariais.

#### *6.2.1.10 A complexidade da dimensão política do modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar: principais questões levantadas*

A partir dos dados obtidos pelas diferentes fontes de coleta, pode-se perceber como se dá o enredamento dos agentes envolvidos na atenção em saúde bucal na saúde suplementar. O termo política, utilizado nesta dimensão, remete principalmente à maneira com que as operadoras definem suas regras, normas e ações perante aos outros atores envolvidos no cenário do segmento odontológico de planos de saúde, e principalmente, como estabelecem suas relações com estes atores. Percebe-se então que esta dimensão é entremeada por relações de poder, protagonizadas ora pelo Estado, que através do seu ente regulador impõe sua autoridade e seu domínio, ora pelas próprias operadoras, quando, a partir das imposições da macrorregulação, buscam as mais variadas estratégias para se manter em um mercado altamente competitivo, mas também rentável.

Neste contexto dinâmico se inserem também os prestadores e os beneficiários, e situações de conflito acabam configurando os diferentes espaços relacionais, especialmente quando prestadores percebem a crescente interferência das operadoras na sua rotina e buscam alternativas para fazer frente aos modelos de remuneração e organização do processo de trabalho considerados insatisfatórios.

A figura do Estado também aparece na interface da saúde suplementar com o sistema público. Uma possível semelhança ou articulação entre os entes público e privado para a construção de um modelo de atenção em saúde bucal mais adequado às necessidades da população não são percebidas ou mesmo desejadas pelas operadoras. Sendo assim, os entrevistados não vislumbram no SUS nem um modelo capaz de melhorar a saúde bucal das pessoas, nem tampouco um modelo que atenda os interesses da iniciativa privada e que possa ser reproduzido na saúde suplementar.

Finalmente, a resistência à incorporação de procedimentos e novas tecnologias e as disputas percebidas neste mercado comprovadamente em ascensão deixam claro que o processo regulatório, materializado nas ações empreendidas pela Agência Reguladora, precisa avançar para garantir o direito dos beneficiários a uma assistência à saúde bucal com maior qualidade e resolutividade.

A seguir serão apresentados os componentes da dimensão organizativa do modelo de atenção, os quais permitirão caracterizar melhor o funcionamento do segmento odontológico da saúde

suplementar quanto às formas de gestão e gerência praticadas pelas operadoras, bem como suas peculiaridades em termos de configuração da rede assistencial, acolhimento, controle de acesso, fluxo e direcionamento dos beneficiários, uso de sistemas de informação e gestão dos prestadores.

## **6.2.2 Dimensão organizativa**

### *6.2.2.1 Formas de gestão e gerência*

Este componente foi investigado na fase qualitativa da coleta de dados, inicialmente no momento em que os representantes das operadoras foram convidados a falar livremente sobre a estrutura organizacional da empresa e/ou de seu setor de trabalho, embora certas maneiras de organizar a gestão das empresas foram percebidas pela pesquisadora em diversos momentos das entrevistas.

[Nós temos]Um setor financeiro contábil, um setor que a gente chama de operacional e que aí esse é o que recebe os contratos de novos clientes, os cancelamentos dos clientes que desejam sair. Dentro desse setor também tem o atendimento e o atendimento desde pequenas dúvidas até a solicitação de atendimento de autorização de tratamento, tudo dentro do operacional. E um setor que a gente chama de técnico que é o que lida diretamente com a rede credenciada [...] eventualmente para um atendimento, um cliente que solicita um atendimento específico é preciso tirar uma dúvida técnica e é em contato com a rede que a gente vai resolver isso, então de certa forma o operacional e técnico é quase que duas faces da mesma moeda (INF1-MONTREAL).

Uma outra marca que começamos a atingir de forma mais perceptível é a maior autonomia dos setores, como resultado de uma condução para a formação de líderes, estímulo à delegação responsável das tarefas, acompanhamento dos resultados, compartilhamentos das responsabilidades e decisões de cada setor. Hoje fica mais claro que estamos nos aproximando do modelo de setores auto gerenciáveis, em que a

gestão fica mais livre para trabalhar na condução das estratégias da empresa e na gestão da melhoria (DOC2-MONTREAL).

Malta *et al.* (2005) afirmam que uma característica comum às operadoras investigadas em seu estudo foi a profissionalização da gestão, verificada especialmente após o marco regulatório. Destacam-se investimentos em sistemas de inteligência organizacional, bem como a busca pela modernização gerencial e maior profissionalização, envolvimento e participação dos dirigentes.

Com relação a aspectos mais específicos e operacionais da gestão, destacam-se nas falas dos entrevistados informações sobre a forma como as operadoras comercializam os planos, sendo que todas as operadoras entrevistadas relatam que este processo de venda costuma ser terceirizado para outras empresas.

A gente tem uma equipe de vendas, mas que não é contratada, então eles não são funcionários nossos. Então essa equipe de vendas, esse ramo, vamos dizer assim, comercial da empresa não é interno, é terceirizado, é uma relação de parceria (INF1-MONTREAL).

Também se pôde levantar a partir das falas questões levadas em conta pelas operadoras para estabelecer os preços a serem cobrados, especialmente no caso dos planos coletivos, os quais tem seus preços definidos em contrato e, conforme visto no componente que trata sobre as disputas de mercado, não são regulados pela ANS, a qual estabelece apenas um teto de reajuste de preços para planos individuais novos, a partir do ano 2000 (OCKÉ-REIS, 2007).

A gente leva em consideração, se você pega uma empresa que o perfil do colaborador, o nível socioeconômico dele, né? É nível universitário, ou o pessoal que já tem uma condição melhor, né? Então com certeza ele já se tratou, essa pessoa vai nos dar tratamentos mais da ordem de prevenção, não é como você analisar uma empresa que tem somente pessoal na área operacional, chão de fábrica, aí o valor vai ser lá em cima[...]Então tudo isso a gente analisa na hora de precificar, a gente observa outra coisa também que é um fator

fundamental na hora de se vender um plano odontológico que é aonde estão essas pessoas. Por que? Porque se eles estiverem, como eu te falei em [nome de uma cidade], é muito mais fácil de você precificar, é muito mais fácil de atender, agora quando essa pessoa está em locais onde não tem acesso a rede e onde existe um ou dois profissionais de ordem particular, em razão da própria lei que hoje determina que não existindo rede no local a pessoa ela pode utilizar no particular e a gente tem que reembolsar 100% e isso torna-se caro. [...] Eu posso dizer para você assim que quanto mais concentrada a massa de uma empresa mais barato o valor é, enquanto melhor o nível daqueles colaboradores o valor também será diferenciado (INF1-TORONTO).

Para entender a prática descrita acima, reportamo-nos ao trabalho de Ocké-Reis (2012), no qual o autor afirma que o apreçamento dos planos de saúde coletivos (empresariais) se dá, geralmente, a partir de variáveis como ramo da atividade ocupacional dos beneficiários, idade média e distribuição do sexo da massa segurada, probabilidade do uso dos serviços, além das flutuações dos custos do tratamento e das taxas de juros esperadas no futuro. Adiciona-se a isso determinados valores de segurança para cobrir despesas administrativas, além das comissões dos corretores e lucro esperado. De acordo com o porte patrimonial e financeiro da operadoras, há certa flexibilidade nestes cálculos, sendo que de maneira geral, as empresas líderes do mercado recorrem à uma prática denominada *dumping*, onde o preço é fixado abaixo do custo e depois de estabelecida a relação contratual com os empregadores, reajustes mais vantajosos são praticamente impostos a estes. O baixo poder de barganha dos beneficiários sobre os preços nos contratos realizados entre o patrocinador (empregador) e as operadoras, além da dificuldade que os empregadores enfrentam para trocar de operadora, mantendo os mesmos benefícios, complementam a conformação do mercado e contribuem para que a evolução dos preços dos planos coletivos se descole da taxa de inflação do setor saúde.

Sendo assim, fica claro que as operadoras participantes deste estudo reconhecem e utilizam as práticas de gestão de preços descritas acima, fortalecendo ainda mais a mercantilização da atenção à saúde. Uma vez que a distribuição das doenças bucais no Brasil, principalmente a cárie, é considerada um dos sinais mais significativos

da exclusão social (NARVAI, 2006)<sup>9</sup>, o fato de as operadoras estabelecerem maiores valores de mensalidades justamente para os beneficiários com as maiores demandas assistenciais sugere que este dispositivo microrregulatório do modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar não só deixa de contribuir para a redução da desigualdade social, como é contrário ao princípio da equidade e ao caráter redistributivo do SUS. A conformação do setor de planos de saúde como oligopolista favorece estas práticas e repõe continuamente os desafios da ANS para estabilizar preços e principalmente, garantir a qualidade das coberturas (OCKÉ-REIS, 2012).

#### 6.2.2.2 Caracterização da rede assistencial

Neste componente foi investigada inicialmente a natureza das redes assistenciais nas operadoras participantes. Dentre as operadoras que responderam ao questionário, 7 afirmaram ter rede própria para a prestação dos serviços assistenciais e 10 operadoras trabalham com rede credenciada. Quanto aos serviços de apoio diagnóstico, são prestados por rede própria em 5 operadoras e por rede credenciada em 10 operadoras. Uma operadora destacou a utilização livre escolha de prestadores para os serviços de apoio diagnóstico (Tabela 4). Salienta-se que em ambas as questões, as operadoras poderiam ter assinalado mais de uma alternativa, por este motivo a soma ultrapassa o número de operadoras participantes.

**Tabela 4. Caracterização da rede assistencial das operadoras investigadas quanto à natureza.**

	<b>Rede própria</b>	<b>Rede credenciada</b>	<b>Livre escolha</b>
<b>Serviços assistenciais</b>	7	10	0
<b>Serviços de apoio diagnóstico</b>	5	10	1

<sup>9</sup> Conforme o Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, citado pelo autor.



Durante a segunda fase de coleta, buscou-se conhecer um pouco mais sobre a abrangência destas redes. Os dados revelaram que a abrangência das operadoras deve estar clara no contrato estabelecido com os beneficiários, os quais deverão ser assistidos quando dentro da área de atuação da operadora.

...área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal (DOC4-TORONTO).

Nós temos o compromisso de atender todo e qualquer usuário do sistema, então se a [nome da operadora] em Manaus vendeu um contrato e vier aqui eu sou obrigado a atender, nós temos esse intercâmbio entre nós (INF1-QUEBEC).

Não foi percebida uma preocupação das operadoras participantes em operar com rede própria ou diferenciada para clientes empresariais, contrariando os achados de Malta *et al.* (2005), onde as operadoras relataram expansão de serviços próprios visando a uma racionalização dos custos. Tal fato se deve, provavelmente, a características específicas do segmento odontológico, tais como a grande oferta de profissionais no mercado, principalmente nos grandes centros, o que não justifica que as operadoras se preocupem em montar e administrar serviços próprios.

#### 6.2.2.3 Acolhimento ao cliente

Na primeira fase da coleta de dados, investigou-se quais instrumentos são utilizados pela operadora para informar aos beneficiários sobre a forma de utilização do plano (Tabela 5). Do total, 13 operadoras utilizam manuais de normas e 12 disponibilizam aos beneficiários o catálogo dos prestadores. Todas as operadoras afirmaram manter páginas ativas na internet e 9 delas contam com serviços de *call center* para atender os clientes. Entre as outras maneiras citadas pelas operadoras para informar os beneficiários estão a divulgação de informações por meio de lista telefônica, utilização de prospectos, o contato dos beneficiários com o setor de recursos humanos das

empresas pelas quais estes aderem aos planos (no caso de planos coletivos) e o serviço de ouvidoria.

**Tabela 5. Instrumentos utilizados para informar os beneficiários das operadoras investigadas.**

	Manual de normas	Catálogo de prestadores	Página na internet	<i>Cal center</i>	Outros
<b>Sim</b>	13	12	14	9	4
<b>Não</b>	1	2	0	5	10

Este componente foi novamente abordado na fase qualitativa da coleta de dados, em uma tentativa de verificar se os entrevistados perceberiam o acolhimento ao beneficiário para além da sua função informativa. Para tanto, parte-se do conceito de acolhimento utilizado por Pinheiro e Silva Junior (2009), o qual pressupõe atitudes e dispositivos acolhedores que as operadoras tenham organizado para qualificar a relação e promover conforto na assistência à sua clientela.

Embora mais restrito, este conceito deriva de uma lógica concebida para o sistema público de saúde, na qual o acolhimento, ao ser entendido como a atitude de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004), propõe inverter, de certa forma, a organização dos serviços, criando uma relação de responsabilidade e confiança, através da qualificação da relação trabalhadores-usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Contudo, verificou-se que o conceito de acolhimento, tal como acima descrito, parece não estar incorporado às rotinas das operadoras, apesar de haver uma preocupação das mesmas com a qualidade e rapidez no atendimento aos clientes, especialmente via *call centers*.

Observamos durante o ano a atuação efetiva de [nome de um funcionário da operadora] e da equipe, dando mais resolutividade às demandas. Houve melhora no atendimento aos clientes, mas a equipe precisa ser melhor acompanhada, pois ainda percebemos a deficiência em liderança no setor. A necessidade de autorização por procedimento, aumentou o tempo de atendimento telefônico em pouco menos de 1 minuto (passou de 1:43 minutos nos primeiros meses para 2:12). Embora possa parecer pouco, esse tempo pode ter

impacto na percepção dos clientes quanto à qualidade do atendimento, porque aumenta a possibilidade de congestionamento do serviço telefônico nas horas de pico. Entendemos, porém, que essa mudança foi necessária e trouxe mais benefícios do que prejuízos (DOC2-MONTREAL).

Concordando com os resultados do trabalho de Pinheiro e Silva Junior (2009), o acolhimento na visão dos participantes deste estudo não é entendido como algo que ressignifica as relações de cuidado, mas confundido com a ideia de boa recepção.

#### *6.2.2.4 Mecanismos de controle de acesso*

As normas para o acesso e a utilização dos serviços assistenciais pelos beneficiários foram investigadas, sendo que as operadoras podem utilizar-se de um ou mais mecanismos para normatizar o acesso dos beneficiários à rede credenciada (Tabela 6). Para os procedimentos odontológicos, a autorização prévia é uma exigência em 12 operadoras e a realização de auditoria é realizada em 13 delas. A coparticipação - quando o beneficiário paga parte do procedimento a ser realizado - está presente em 2 operadoras, bem como o direcionamento para determinados prestadores. Apenas uma operadora respondeu que utiliza o mecanismo de porta de entrada (consulta com um prestador clínico geral) para regular o acesso à rede.

**Tabela 6. Mecanismos de controle de acesso e utilização para procedimentos odontológicos nas operadoras investigadas.**

	Autorização prévia	Auditoria	Porta de entrada	Direcionamento	Coparticipação
<b>Sim</b>	12	13	1	2	2
<b>Não</b>	2	1	13	12	12

Já em situações de urgência e emergência, 8 operadoras afirmaram não utilizar nenhuma forma de controle do acesso aos serviços. Duas operadoras possuem clínicas próprias para o atendimento de urgências e uma delas direciona o beneficiário às clínicas mais próximas de onde ele se encontra. Uma operadora relata que exige a apresentação da carteirinha de identificação do beneficiário e outras

duas definem em contrato, conforme regulamentação definida pela ANS, quais procedimentos são considerados de urgência e emergência.

Quanto aos procedimentos de apoio diagnóstico, tais como a realização de exames complementares, 6 operadoras assinalaram que a solicitação do cirurgião-dentista prestador é necessária para a autorização do procedimento. A autorização prévia da operadora é exigida por 7 operadoras e 5 delas exigem que o beneficiário passe por auditoria antes de realizar o procedimento. Apenas uma operadora afirmou que exige co-pagamento para a realização de exames complementares (Tabela 7).

**Tabela 7. Mecanismos de controle de acesso e utilização para exames complementares nas operadoras investigadas.**

	Solicitação do dentista	Autorização prévia	Co- pagamento	Auditoria
<b>Sim</b>	6	7	1	5
<b>Não</b>	8	7	13	9

Comparando estes resultados com outros estudos sobre modelos assistenciais, percebe-se que o controle sobre o acesso dos beneficiários aos serviços credenciados é ainda maior no segmento odontológico, quando comparado com as operadoras médicas, as quais não costumam solicitar autorizações prévias para consultas e exames mais simples, embora as exijam nos exames e procedimentos complexos (MALTA *et al*, 2005; ANDRADE *et al*, 2009).

Durante as entrevistas, as duas práticas mais frequentes nas respostas do questionário (auditoria e autorização prévia) aparecem em vários momentos das falas, sendo consideradas pelas operadoras um instrumento de grande importância operacional. Normalmente a auditoria é realizada por amostragem, ou seja, não ocorre para todos os beneficiários, mas se faz necessária de acordo com a indicação do próprio sistema de informação das operadoras, o qual registra todos os orçamentos e tratamentos já realizados por cada beneficiário.

A gente faz auditoria por amostragem, então se de repente, vou te dar como exemplo, um colaborador que fez um tratamento há seis meses atrás tinha lá cinco restaurações "foi autorizado, uma raspagem..." e daqui a 6, 7 meses ele volta, ou naquele mesmo dentista ou em outro e daí tem

lá mais cinco ou sete restaurações a gente chama ele para ser examinado, porque o próprio sistema já avisa "chama esse paciente vir aqui!" Porque é inadmissível que tenha passado tantas restaurações comendo pedra, ou alguma coisa aconteceu...(INF1-TORONTO).

É por amostragem (a auditoria), porque não tem como colocar em perícia todos os pacientes ou beneficiários, então é escolhido por amostragem e ele é encaminhado para a perícia (INF2-QUEBEC).

Por outro lado, a presença de cirurgiões-dentistas auditores, que atuam como porta de entrada para todos os beneficiários da operadora, foi relatada em uma das operadoras visitadas na fase qualitativa da pesquisa.

(O beneficiário) vai primeiro para um auditor, um perito, esse profissional faz a primeira etapa é a etapa de criar um plano de tratamento, então ele faz um diagnóstico, verifica tudo que precisa ser feito, mas ele não trata [...] Então ou ele é auditor ou ele é executante, ele não pode executar o tratamento que ele auditou. *E o profissional que executa vai receber um plano de tratamento pronto?* Pronto. O diagnóstico já foi feito (INF1-MONTREAL).

Esta prática foi considerada positiva na visão do entrevistado, pois inibe o sobretratamento e tentativas de fraude por parte dos outros prestadores. O excesso de procedimentos realizados, muitas vezes sem indicação clínica baseada em evidência científica, foi considerado um problema frequente na rotina das operadoras.

Eles embora enxerguem e precisam enxergar a necessidade de tratamento daquele paciente ele não ganha nada em prescrever um procedimento a mais, [...] não tem isso, entendeu? Porque o auditor não tem esse interesse, ele quer restabelecer a saúde bucal do paciente e desta forma ele está zelando pela operadora, pelo bom funcionamento da operadora e zelando também

pela boca do paciente e quem vai ganhar sobre o tratamento feito é o executante (INF1-MONTREAL).

A prática relatada na fala acima levanta alguns pontos para análise: em primeiro lugar, a presença do profissional auditor como aquele que realiza o exame inicial, dá o diagnóstico e define o plano de tratamento de todos os beneficiários leva a uma divisão do trabalho odontológico, por separar o planejamento da execução. O próprio entrevistado nomeia o prestador que irá fazer o atendimento como “executante”, ou seja, remove-se deste profissional a tarefa cognitiva inerente ao exercício da sua profissão. Uma vez que a odontologia é uma das profissões que se caracteriza pelo direito de arbitrar sobre o seu próprio desempenho e pela capacidade auto-regulatória no desenvolvimento da sua prática (FREITAS, 2007), coloca-se em risco a autonomia como um dos elementos de identidade profissional, que segundo Freitas (2007, p. 28) se relaciona com a capacidade de julgamento e decisão no processo de trabalho (autonomia técnica), articulando as esferas do saber e do poder.

A segunda questão nos remete a resgatar o que diz o Código de Ética Odontológica, no capítulo que trata das auditorias: “Constitui infração ética – deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor”<sup>10</sup>. Partindo-se da realidade colocada pelo entrevistado, na qual os auditores são contratados para “zelar pelo bom funcionamento da operadora”, será que estes profissionais conseguirão, na sua rotina de trabalho, manter o caráter imparcial no ato pericial? Ou será que estes mesmos profissionais, ao se verem pressionados pelas operadoras, não cairão por si só em um conflito ético, entre executar o que a operadora lhes exige e atuar com imparcialidade na avaliação das necessidades dos beneficiários e/ou na avaliação do trabalho dos colegas de profissão?

E ainda, ao justificar que o auditor está “zelando pela operadora” e também “pela boca do paciente”, o entrevistado dá pistas sobre o significado de saúde na visão das operadoras, ou seja, em

---

<sup>10</sup> Ver: CFO. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Aprovado pela Resolução CFO 118/2012. Disponível em: [http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf). Acesso em 31 jan. 2014.

primeiro lugar vem novamente a saúde da empresa (entenda-se aqui saúde financeira) e depois vem a saúde dos beneficiários.

Finalmente, a aposta na desonestidade dos prestadores aparece como justificativa para a realização das perícias, bem como para a baixa remuneração pelos procedimentos.

Os preços, os valores são baixos? São baixos, mas o que eu tenho visto: uma quantidade de restauração excessiva [...] Um sulco pigmentado é um sulco pigmentado, eu jamais colocaria uma broca, mas em função do valor que eles recebem, então... qualquer manchinha na superfície dental é restaurada (INF2-QUEBEC).

A questão das tentativas de fraudes por parte dos prestadores foi anteriormente abordada no componente que se refere aos conflitos entre operadoras e prestadores, na dimensão política do modelo de atenção. Como visto, o conflito representa um componente transversal à matriz de análise, e aparece aqui novamente como pano de fundo para a discussão sobre a organização do acesso dos beneficiários aos serviços credenciados. Ainda que uma coisa não justifique a outra, reitera-se o fato de que a origem destes comportamentos fraudulentos e do excesso de tratamentos restauradores no segmento odontológico da saúde suplementar parece estar na baixa remuneração dos profissionais, aliada à reprodução de uma prática odontológica hegemônica curativista. A conformação deste modelo de odontologia de mercado se fortalece mesmo com as iniciativas da Agência Reguladora para incentivar políticas de promoção da saúde no subsistema suplementar, pois a mesma falha ao considerar, por exemplo, na qualificação das operadoras, indicadores odontológicos focados no atendimento individual e na prática curativa (GARBIN et al, 2013).

#### *6.2.2.5 Fluxo e direcionamento de beneficiários*

Quanto ao fluxo e direcionamento dos beneficiários, 8 operadoras responderam no questionário que permitem que o beneficiário faça a escolha do prestador. Quando é realizado o direcionamento, a localização geográfica é um critério utilizado por 5 operadoras e 4 operadoras direcionam o beneficiário conforme o encaminhamento de outro profissional. Três operadoras referem

direcionar o beneficiário por conta de sua inserção em alguma linha de cuidado e uma delas pelo tipo de plano contratado (Tabela 8).

**Tabela 8. Critérios adotados para o direcionamento de beneficiários a determinado prestador nas operadoras investigadas.**

	<b>Escolha do beneficiário</b>	<b>Localização geográfica</b>	<b>Encaminhamento de outro profissional</b>	<b>Linha de cuidado</b>	<b>Tipo de plano</b>
<b>Sim</b>	8	5	4	3	1
<b>Não</b>	6	9	10	11	13

Mais uma vez o segmento odontológico difere dos planos médicos, os quais têm adotado o direcionamento dos beneficiários como rotina, especialmente mas não exclusivamente no caso de procedimentos de alta complexidade. Em certos casos, o direcionamento praticado contribui para uma ainda maior fragmentação do cuidado, sendo que esta prática ocorre para redução de custos e maior controle das operadoras sobre o trabalho médico (MALTA *et al.*, 2005).

Dadas as características inerentes à assistência odontológica, na qual a maioria dos procedimentos é realizada no ambiente do consultório, com maior previsibilidade e consequentemente, maior controle de custos (PIETROBON *et al.*, 2008), os resultados deste estudo mostram que as operadoras odontológicas não tem se preocupado em direcionar os beneficiários para determinados prestadores. Quando isto acontece, acaba sendo mais por questões práticas (localização geográfica do prestador que favoreça o beneficiário) ou por respeito à sugestão de encaminhamento de outro profissional.

Não, a gente não direciona, tanto não direcionamos que se você ligar para a operadora simulando "olha eu queria um dentista na [localidade]" eles não indicam. Se você disser "estou com dor de dente e preciso de uma clínica de urgência" a gente vai te indicar umas 20 clínicas, porém ele não indica dentista. Não indica dentista porque seria injusto se nós direcionássemos para algum profissional sendo que as vezes nós temos aqui na cidade mesmo, ruas que tem 20 ou 30 dentistas, então como é que eu posso indicar você sendo que tem mais 29? Né? É injusto, então nós não fazemos isso, nós damos liberdade para que a pessoa procure o



dentista que for melhor para ela, seja mais próximo da sua residência, local de trabalho...(INF1-TORONTO).

Claro que uma recomendação de um profissional para o outro isso existe, qualquer profissional tem esse direito de achar que um é bom e outro não, tem esse direito, mas a gente evita fazer qualquer tipo de condução (INF1-MONTREAL).

#### *6.2.2.6 Sistemas de informação*

Quanto ao uso de sistemas de informação, todas as operadoras participantes da fase quantitativa relataram utilizá-los como ferramenta de operacionalização do cadastro dos beneficiários. A utilização de prontuários eletrônicos ocorre em 7 operadoras e 5 operadoras afirmam utilizar cartões de saúde como ferramentas de informação. Apenas 2 delas realizam registros epidemiológicos e outras 2 utilizam sistemas de informação para organizar todo o gerenciamento operacional, gerando informações que alimentam relatórios a serem repassados à ANS.

Na fase qualitativa, a utilização de sistemas de informação foi percebida pela pesquisadora nas falas dos entrevistados e ao analisar os documentos fornecidos pelas operadoras. As operadoras se referem ao uso destes sistemas principalmente no que se refere aos procedimentos de repasse de orçamentos e solicitação de autorização de tratamento realizados pelos prestadores.

A partir de agora, é através do site que a rede credenciada receberá novidades, avisos e trocará informações de maneira mais ágil. No site [...], o dentista credenciado observará no canto superior direito da página o link para fazer a entrada na área destinada aos dentistas credenciados (DOC 1-MONTREAL).

Porque tanto o beneficiário pode passar o orçamento para ser aprovado, quanto o dentista, mas também temos o meio do site, os nossos dentistas que tem internet e computador, já “veio” fazer o treinamento, já foi treinado, enfim, ele também pode fazer esses lançamentos online (INF3-TORONTO).

As ferramentas de informação podem ser utilizadas para diversos fins, inclusive como instrumento de registro de dados epidemiológicos com vistas ao planejamento de ações e serviços de saúde bucal, sendo este um dos pressupostos contidos na Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004). No entanto, esta função dos sistemas de informação não tem sido percebida pelas operadoras investigadas, as quais parecem se ater mais aos dados de produção de procedimentos.

Em estudos com operadoras médicas (MALTA *et al.*, 2005; SCHOUT *et al.*, 2009) os resultados apontam que, embora tenham sido feitos grandes investimentos na modernização dos sistemas de informação, os mesmos ainda são muito fragmentados e limitados, sendo ainda incipiente a utilização dos sistemas para monitoramento de casos e melhor acompanhamento dos beneficiários com o intuito de melhorar a qualidade e resolutividade da assistência, tal como preconizado pela ANS (2010) em sua política de qualificação.

#### 6.2.2.7 Gestão dos prestadores

Neste último componente são debatidos alguns aspectos da formação e organização da rede, tais como a adoção de protocolos clínicos pelas operadoras, critérios para seleção, vínculo e mecanismo de remuneração dos prestadores, regulação e avaliação da qualidade e práticas de gerenciamento do trabalho. Quanto à adoção de protocolos clínicos, 10 operadoras afirmam utilizá-los, sendo que em 7 delas os protocolos se referem à orientação da conduta do cirurgião-dentista prestador. Sete operadoras utilizam protocolos que definem o tipo de procedimentos autorizados para realização e 4 delas definem o número de procedimentos autorizados. Duas operadoras referem-se aos protocolos clínicos como forma de definir o fluxo e referenciamento dos beneficiários (Tabela 9).

**Tabela 9. Adoção de protocolos clínicos pelas operadoras investigadas.**

	<b>Orientação conduta do CD</b>	<b>Tipo de procedimentos autorizados</b>	<b>Número de procedimentos autorizados</b>	<b>Fluxo e referenciamento dos beneficiários</b>	<b>Não utiliza</b>
<b>Sim</b>	7	7	4	2	4
<b>Não</b>	7	7	10	12	10

Quando questionadas sobre a autorização de procedimentos que não constam no protocolo clínico ou que excedem o número previsto

para o mesmo, somente uma operadora assinalou que não autorizaria o procedimento. Todas as outras afirmaram que autorizariam o procedimento após análise do cirurgião-dentista auditor e dentre estas, uma solicitaria co-pagamento do beneficiário para autorizar o procedimento.

Na fase qualitativa, verifica-se pelas falas dos entrevistados que os protocolos a que se referem as operadoras são as regras estabelecidas pelas mesmas quanto aos trâmites operacionais para que os prestadores possam realizar os tratamentos, as tabelas a serem seguidas, quais procedimentos podem ser realizados, a validade dos procedimentos (tempo no qual um procedimento realizado não pode ser repetido no mesmo paciente e/ou no mesmo elemento dentário) e o número máximo de procedimentos autorizados em determinado espaço de tempo. Questões de conduta também são citadas, especialmente na relação paciente-profissional. Não se percebe, contudo, a existência de protocolos clínicos baseados em evidências científicas, mas determinados em função das coberturas a que estão sujeitos os beneficiários.

Existe um estatuto em que ele tem que seguir, né? Então ele tem lá algumas... a questão de conduta, a questão em relação ao paciente, a questão de não desviar cliente, solicitar tudo aquilo que seja necessário (INF1-TORONTO).

Nós não gerimos dentro do consultório do dentista. Qual é a obediência do dentista? Obedecer a tabela que a gente se propõe ou a das outras empresas que a gente atende (INF1-QUEBEC).

Como protocolo podemos definir o conjunto de procedimentos, indicações, intervenções e cuidados baseados nos consensos científicos, que vão orientar a prática médica. Na área médica, os protocolos consistem, ainda, em uma importante ferramenta microrregulatória utilizada cada vez com mais frequência pelas operadoras, que se valem de condutas diagnósticas e terapêuticas definidas nacional e internacionalmente, principalmente nas áreas que representam maiores custos, tais como a oncologia e a cardiologia. Os motivos para a adoção dos protocolos são, conseqüentemente, de ordem econômica, para fazer frente à incorporação tecnológica crescente e o aumento de custos. A

outra razão seria a necessidade de disciplinarização desta avassaladora incorporação tecnológica, a qual visa tanto ao médico, que quer adotar, sempre, em sua especialidade, o “último avanço” científico e tecnológico (independentemente dos custos gerados para as operadoras), como aos pacientes, cada vez mais (des)informados pela mídia sobre alguma descoberta que parece ser capaz de resolver, de forma definitiva, o problema de saúde que está vivendo (CECÍLIO *et al.*, 2005a; SHOUT *et al.*, 2009).

No segmento odontológico da saúde suplementar, embora já se perceba também o peso da incorporação tecnológica no custo dos tratamentos, ainda existe uma certa limitação imposta pelo próprio rol de procedimentos, uma vez que ele não abrange os tratamentos considerados de maior custo e complexidade (por exemplo, os implantes dentários, a grande maioria das próteses, procedimentos cirúrgicos em ambiente hospitalar e tratamento ortodôntico), mesmo após a última revisão, publicada em 2013 (ANS, 2013b). Desta forma, ainda não se percebe, neste estudo, definições claras de protocolos clínicos, mas sim dos chamados protocolos administrativos, mais voltados à definição do número de procedimentos autorizados e ao fluxo dos beneficiários.

Dando continuidade à gestão dos prestadores, quando perguntadas sobre os critérios para a seleção dos profissionais e/ou clínicas que compõem a rede, as operadoras assinalaram, na maioria das vezes, vários deles (Tabela 10). Em ordem de preferência, o grau de especialização do profissional foi apontado por 12 operadoras e 11 levam em conta a indicação de outros prestadores ou de beneficiários para compor a rede. A disponibilidade do profissional no mercado foi apontado como critério de seleção por 6 operadoras e a reputação do profissional por 5 delas. Demandas da ANS também interferem na seleção dos prestadores em 5 operadoras e o perfil epidemiológico do beneficiário em 3 empresas. A questão dos honorários odontológicos foi apontado como critério por 2 operadoras, e quanto a outros critérios de seleção que poderiam ser colocados livremente pelos respondentes, foram elencados a localização do consultório (2 operadoras), o ambiente do consultório (1 operadora) e o estatuto social da empresa (1 operadora).

**Tabela 10. Critérios para seleção dos prestadores nas operadoras investigadas, em ordem de preferência.**

<b>Critério</b>	<b>Número de operadoras que utilizam</b>
<b>Grau de especialização</b>	12
<b>Indicação</b>	11
<b>Disponibilidade no mercado</b>	6
<b>Reputação</b>	5
<b>Demanda da ANS</b>	5
<b>Perfil epidemiológico beneficiários</b>	3
<b>Honorários</b>	2
<b>Localização consultório/clínica</b>	2
<b>Ambiente consultório</b>	1
<b>Estatuto social</b>	1

Quanto aos procedimentos para o credenciamento dos profissionais, os relatos das entrevistas corroboram com alguns dos critérios citados acima.

Quando ele solicita o credenciamento para a gente, a gente vai avaliar se aquele local a gente precisa de clínica, faz o estudinho se tá tendo demanda do associado naquele local onde ele solicitou credenciamento, se tiver a gente fecha dependendo da estrutura da clínica, porque a gente vê se a estrutura é interessante para a gente, porque como é o contato que o associado vai ter, a visão que ele vai ter da operadora é na clínica que ele visita, a gente vê para selecionar uma clínica que esteja dentro do padrão que a gente quer (INF3-MONTREAL).

Os informantes relataram ainda que o contato para credenciamento ocorre normalmente por parte dos prestadores, exceto em localidades menores, onde devido ao menor número de profissionais, é a operadora que necessita propor o credenciamento, sendo que em alguns casos os valores oferecidos para remuneração precisam ser maiores para atrair os profissionais e permitir a formação de rede nestas regiões.

Existe diferenciação em algumas situações em que nós vamos em algumas cidades em que não tem recurso nenhum, tem dois profissionais lá somente na cidade e ele me diz "Olha eu quero

ganhar tanto" aí você é obrigado a aceitar e daí tem que pagar, mas isso em contrato (INF1-TORONTO).

Em geral, no interior, por ter essa dificuldade de conseguir profissionais em algumas cidades menores, o valor de repasse, o valor de tabela é um pouquinho maior (INF1-MONTREAL).

Em relação à forma de vinculação dos prestadores, 5 operadoras estabelecem vínculo somente através de contratos de prestação de serviços, 4 tem somente prestadores cooperados em sua rede e 4 utilizam estas duas formas de vinculação. Apenas uma operadora relatou utilizar juntamente com o cooperativismo o referenciamento para estabelecer vínculo com os prestadores.

As operadoras da modalidade cooperativa odontológica constroem a sua rede tendo majoritariamente profissionais cooperados, no entanto podem utilizar o credenciamento como forma de vínculo, o que ocorre na maioria das vezes com pessoas jurídicas, tais como clínicas odontológicas, clínicas de radiologia e laboratórios de análises clínicas. Já no caso da odontologia de grupo, a forma de vinculação é o credenciamento por meio de um contrato, que pode ser tanto com pessoa física ou jurídica.

A gente tem tanto dentistas que trabalham emitindo RPA, portanto são pessoas físicas que tem recibos, como também PJ. Na capital a gente evita o pessoa física porque assim, tem muito dentista e a gente tem condição de exigir como PJ porque é mais confortável em termos de relacionamento empresa-empresa. Lá no interior, às vezes, a gente não tem essa opção...(INF1-MONTREAL).

A remuneração dos prestadores, segundo os entrevistados, se dá mensalmente, por volume de procedimentos realizados durante o mês. Todas as operadoras referem-se a uma tabela de valores definida pela empresa, mas que pode ter variações relativas à localização dos prestadores e disponibilidade dos mesmos. Novamente, em cidades menores e com menor número de profissionais, os valores a serem repassados pelos procedimentos podem ser maiores do que nas grandes

cidades e/ou capitais, onde há maior oferta de cirurgiões-dentistas no mercado.

Cada procedimento tem um valor correspondente e existe um fator de multiplicação que é no contrato, quer dizer, você tem uma tabela com valores especificados, conforme a própria disposição dos dentistas em atender o plano de acordo com a cidade você faz um contrato diferente, então você multiplica para dentista doutor fulano com fator 0,35, para doutor ciclano com o fator 0,40. Por que essa diferença? Porque às vezes eu não tenho opção, porque é o único da cidade, porque ele é um cara muito renomado e que traz, vamos dizer assim, agrega à operadora e eu preciso que ele esteja credenciado (INF1-MONTREAL).

A remuneração dos prestadores pelas operadoras odontológicas tem sido objeto de discussão já há algum tempo, principalmente no ambiente das entidades representativas dos profissionais, mesmo após a criação da CBHPO, uma classificação de valores relativos para os procedimentos odontológicos (GARBIN *et al.*, 2013). O Conselho Federal de Odontologia (CFO) afirma que é necessário que as operadoras adotem a CBHPO, estabelecendo valores mais justos na remuneração dos profissionais, mas os valores praticados não passam 50% daqueles definidos na classificação e em muitos casos, ficam abaixo dos 30% (CFO, 2013).

Diante desta realidade, permanece na relação prestador-operadora o ciclo conflituoso em que a maior oferta de profissionais no mercado induz à baixa remuneração, que por sua vez parece induzir às fraudes e às práticas de sobretratamento com ênfase curativa, as quais acabam, na visão das operadoras aumentando os custos e gerando a necessidade de auditorias para o maior controle dos prestadores. Os auditores, como instrumentos da microrregulação, são fonte de novos conflitos, por interferirem na autonomia dos prestadores, os quais acabam, em última instância, se tornando reféns deste ciclo. Romper este ciclo seria possível se as operadoras adotassem os valores mais adequados para a remuneração (tais como os definidos na CBHPO) e mantivessem em sua rede apenas os profissionais cuja retidão já lhe é conhecida. No entanto, isto não parece condizer com a lógica econômica do mercado, que

prioriza a racionalização dos custos acima da qualidade da atenção aos beneficiários.

Por que tu tem que ver assim, se a restauração for mal executada ela vai ter que ser refeita e o plano vai ter que pagar de novo. Se uma prótese for mal adaptada ela vai ser refeita pelo outro colega e o plano vai pagar de novo...(INF2-QUEBEC).

A prática da auditoria, com todas as suas implicações já discutidas, aparece neste componente de gestão dos prestadores também como uma ferramenta utilizada pelas operadores para avaliar a qualidade dos serviços prestados. A partir de uma pergunta aberta no questionário sobre a política das operadoras para avaliar a qualidade, aparecem nas respostas de 9 operadoras as palavras auditoria, avaliação técnica, avaliação do paciente e avaliação radiográfica dos procedimentos. Cinco operadoras referem a utilização de pesquisas de satisfação para avaliação da qualidade. Também aparecem nas respostas procedimentos de monitoramento e avaliação interna (2 operadoras) e adoção de ferramentas de pós-venda (1 operadora). A utilização de levantamento epidemiológico e incentivo à promoção de saúde foi elencada como política de avaliação da qualidade por uma operadora.

Na análise dos documentos fornecidos pelas operadoras, a auditoria é referendada como prática para avaliação da qualidade, mas também como ferramenta para o gerenciamento do trabalho dos prestadores.

A [nome da operadora], quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos (DOC1-TORONTO).

Este processo de gerenciamento do trabalho também foi percebido no estudo de Malta *et al.* (2005), em maior ou menor escala, dependendo da modalidade da operadora, sendo que as seguradoras adotam poucos destes mecanismos de gerenciamento do trabalho médico quando comparadas com as outras operadoras analisadas. Em



nosso estudo, percebe-se grande controle das operadoras sobre o trabalho executado pelos cirurgiões-dentistas.

Ao fazer essas auditorias se é detectado qualquer anormalidade, qualquer irregularidade e isso é coletado, seja por meio de imagens e tudo o mais, é discutido até com o próprio dentista que está solicitando o procedimento ou que tenha realizado, né? E isso até mesmo via sistema, nós temos o próprio auditor que ele capta a imagem e ele manda para o dentista, porque as vezes existe aquela questão "eu fiz, eu não fiz" "oh dá uma olhada nessa imagem, vamos ver. Você acha que tá certo isso aí?" então tem que refazer e vamos refazer e tal (INF1-TORONTO).

Essa auditoria final tem a finalidade dupla, né? Para a operadora a gente tem ali uma forma de constatar que o atendimento foi feito no dente que deveria ser feito e foi feito com a qualidade necessária, né? E pro cliente tem essa segurança "olha tá beleza", então o perito vai receber uma nova consulta, vai receber o repasse por uma nova consulta (INF1-MONTREAL).

Por isso que eu acho importante que se o tratamento está executado corretamente, tudo bem é aprovado, mas se não tá tem que ter observação e o paciente tem que ficar sabendo, aí se comunica ao dentista aí ele tem que comunicar o paciente porque aí a operadora está sabendo o que aconteceu, entendesse? Não é questão assim "foi mal executado e ninguém tá nem aí". O dentista é o responsável (INF2-QUEBEC).

O gerenciamento do trabalho dos prestadores é, segundo as falas acima utilizado pelas operadoras com alguns propósitos, entre eles para assegurar a confiabilidade dos dados de produção fornecidos e garantir a aderência dos profissionais às suas políticas de gestão. No entanto, esta ferramenta de controle traduz-se, mais uma vez, na interferência sobre a rotina da profissão odontológica. Percebe-se, portanto, que as transformações nas relações de trabalho, representadas pela cada vez maior vinculação dos cirurgiões-dentistas aos planos de

saúde, promovem a intervenção na autonomia dos profissionais, que contempla desde aspectos da relação com o paciente, até a seleção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a fixação de honorários para as atividades desempenhadas. Assim, o ideal de serviço é sobrepujado pelos ideais do mercado odontológico (FREITAS, 2007).

#### *6.2.2.8 A lógica da dimensão organizativa do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma síntese*

A dimensão organizativa do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar possibilitou vislumbrar a organização estrutural do segmento odontológico, por vezes semelhante ao segmento médico, por vezes singular. Permitiu também verificar que muitos dos componentes aqui discutidos se relacionam com componentes da dimensão política, uma vez que a matriz de análise apenas sistematiza um universo que é dinâmico e complexo.

Quanto às formas de gestão encontradas nas operadoras investigadas, observa-se que a preocupação em modernizar e organizar a gestão deriva de uma maior preocupação com a redução de custos, principalmente a partir da intervenção da ANS. A macrorregulação do setor de saúde suplementar, ao impor suas normas e rotinas de conduta, leva as operadoras a criarem suas estratégias de sobrevivência em um mercado que, como já foi discutido, vive um processo de concentração.

Consequentemente, as políticas adotadas pelas empresas para o acolhimento dos seus beneficiários e a forma como estabelecem o controle do acesso à assistência não são reguladas pela ANS, mas definidas dentro do ambiente do mercado, sendo que os mesmos caminham muitas vezes de forma compulsória dentro do sistema. Mesmo com a intercessão da ANS através da definição de coberturas através do Rol de Procedimentos e diretrizes associadas, práticas como a autorização prévia à realização de tratamentos cobertos e a submissão dos pacientes às auditorias e perícias foram citadas por todas as operadoras. Embora não se faça tão presente o direcionamento dos beneficiários, prática comum entre as operadoras médicas, verificou-se o grande e perverso controle imposto pelas empresas analisadas, especialmente em relação aos prestadores, promovendo mudanças em todo o processo de produção do trabalho odontológico.

Por fim, o uso das ferramentas de informação mais voltado à sistematização de dados cadastrais e de produção de procedimentos, bem como vários aspectos relacionados às formas de gestão dos

prestadores permitem compreender o quanto as ferramentas microrregulatórias interferem no modelo de atenção. Modelo este protagonizado pelas operadoras, que definem como organizam a sua rede, quem e onde contratar, como remunerar, e principalmente como controlar. Ainda com pouca interferência da Agência Reguladora, este modelo reproduz a lógica hegemônica de base flexneriana, cujo cerne se localiza no modo de produção capitalista, que atribui aos cuidados de saúde à condição de mercadorias.

Dando seguimento aos resultados, serão apresentados os componentes da dimensão assistencial da matriz de análise, os quais se referem especificamente à organização da assistência odontológica aos beneficiários e à capacitação dos atores envolvidos.

### **6.2.3 Dimensão assistencial**

#### *6.2.3.1 Peculiaridades da segmentação odontológica*

Este primeiro componente não se fazia presente na matriz de análise, conforme a figura 7. Mais uma vez, sentiu-se a necessidade de criar uma categoria, a partir da emergência dos dados qualitativos, para reforçar que certos aspectos da dimensão assistencial se devem à diferença entre a assistência médica e a odontológica. Covre e Alves (2002) salientam que um indivíduo, ao adquirir um plano médico-hospitalar, tem por objetivo se proteger financeiramente contra dificuldades financeiras decorrentes do risco de adoecer. Já no caso da odontologia, o risco é razoavelmente mensurável e pode ser prevenido com mais eficácia do que na medicina, sendo que o gasto esperado é menor se comparado aos gastos médicos. Além disso, poucas doenças bucais levam à incapacidade, sendo frequente o adiamento do tratamento odontológico para o momento em que for mais apropriado.

Sendo assim, os planos odontológicos diferem dos planos médicos com relação à frequência de utilização, sendo que a maioria dos primeiros trabalha com uma alta frequência porém de eventos de baixo custo. Já na área médica, a sinistralidade é alta, mas a frequência é baixa, isto é, enquanto a maioria dos beneficiários não está em tratamento, os que estão incorrem em procedimentos de alto custo (COVRE, ALVES, 2002). Os dados provenientes das entrevistas reforçam estas diferenças, uma vez que esta realidade é reconhecida pelos informantes.

O perfil do cliente odontológico, e esse é um detalhe muito importante em uma operadora é que o perfil ele entra, trata e sai. O plano de saúde médico, em geral, as pessoas fazem para não usar, até usam, fazem uma consulta ali e tal, mas eles não querem, quer dizer, o valor que se paga em geral as pessoas pensam, é só num acidente, na necessidade de uma cirurgia e tal, é que não dá para tirar do bolso e o plano está ali para isso, para cobrir uma eventualidade e não a prática, o dia a dia. No odontológico não, o odontológico o pessoal faz para usar, as vezes já assina o contrato com dor de dente, entendeu? E o pior, entra, trata e sai (INF1-MONTREAL).

O consumidor de plano particular ele é um cara imediatista, ele já foi um cliente num dentista particular, não tinha condições de comprar ou de pagar o tratamento, então ele já vem com problema, né? Só que ele vem com um problema maior que é justamente se tratar e ir embora (INF1-TORONTO).

É porque ele entra, paga 19 por mês aí já vai no mês seguinte fazer canal de 10 elementos, entende? Aí claro, termina aquele período de carência e ele sai fora, sai fora. E só uma parte das endodontias ficaram cobertas, acho que às vezes nenhuma (INF2-QUEBEC).

Umas das maneiras encontradas pelas operadoras para minimizar este processo chamado de seleção adversa consiste em reduzir a venda de planos individuais e focá-la em planos de contratação coletiva (MALTA *et al.*, 2005), pois nesta forma de contrato as necessidades de tratamento se diluem, dada a característica heterogênea dos beneficiários, com diferentes níveis de necessidades de tratamento e consequentemente de demanda por procedimentos de maior custo. Aliado ao fato de que os planos coletivos são regulados de forma diferente pela ANS em termos de reajuste, conforme já discutido no componente que trata sobre as disputas de mercado, o risco de seleção adversa explica a grande porcentagem de beneficiários de planos de contratação coletiva no Brasil, a qual chegou em 2013 a 81,5% do total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2013a).

### 6.2.3.2 Ações de promoção e prevenção em saúde bucal

Neste componente as operadoras foram questionadas sobre a existência de linhas de cuidado de grupos de beneficiários, com vistas a práticas de promoção da saúde (Tabela 11). Oito operadoras responderam que não fazem acompanhamento de grupos de beneficiários, sendo que das 6 operadoras que fazem este acompanhamento, 3 trabalham na perspectiva da linha de cuidado com crianças, 2 com adolescentes, 2 com idosos e uma operadora faz acompanhamento das beneficiárias gestantes. Uma das operadoras tem ainda como grupo de beneficiários acompanhados os trabalhadores das empresas que contratam os planos coletivos.

**Tabela 11. Linhas de cuidado e/ou grupos de beneficiários para acompanhamento nas operadoras investigadas.**

	Crianças	Adolescentes	Idosos	Gestantes	Trabalhadores	Não utiliza
<b>Sim</b>	3	2	2	1	1	8
<b>Não</b>	11	12	12	12	13	6

As operadoras também responderam a uma pergunta aberta sobre as ações desenvolvidas para a promoção da saúde. Duas operadoras não responderam à pergunta e grande parte das que responderam (9 entre as 12) oferecem palestras educativas como uma destas ações. Cinco operadoras possuem unidades móveis de atendimento odontológico para se deslocar às empresas com planos coletivos e realizar avaliação das condições de saúde bucal dos beneficiários, bem como tratamentos de menor complexidade. Uma delas afirma que estas unidades de atendimento também são utilizadas pela comunidade em geral, como parte de trabalhos sociais desenvolvidos. Três operadoras realizam a distribuição de material educativo, tais como folders contendo informações sobre prevenção das doenças bucais e orientações de higiene bucal.

As ações descritas são quase sempre direcionadas aos trabalhadores das empresas contratantes de planos coletivos, pois as operadoras referem como momento de realização a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho), um evento obrigatório nas empresas que tem como um dos objetivos a orientação e conscientização dos trabalhadores sobre questões de saúde. Por fim, duas operadoras afirmam realizar levantamentos epidemiológicos de

grupos de beneficiários e uma destacou como ação de promoção de saúde a ausência de limites de utilização para procedimentos cobertos.

Durante as entrevistas, os informantes foram convidados a falar sobre a existência de programas de promoção e prevenção em saúde bucal nas operadoras, a partir do conhecimento das políticas indutoras da ANS para a promoção de saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar (ANS, 2009a; 2011c; 2011d). Todos os entrevistados reconhecem a importância da promoção de saúde e prevenção de doenças na odontologia, bem como os incentivos e bonificações da Agência para a operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, embora pareçam não distinguir a diferença entre os termos “promoção” e “prevenção”.

No entanto não há, segundo as falas, programas de promoção e prevenção estruturados conforme os modelos sugeridos pela ANS nas empresas participantes da fase qualitativa desta pesquisa, sendo que os motivos citados para o pouco interesse em trabalhar com estes programas são a dificuldade de atingir aos beneficiários, os quais se encontram em diferentes localidades e o pouco tempo de permanência destes na operadora.

Difícil porque ela (referindo-se à ANS) quer muita coisa, e outra eu acho que ela esqueceu o país que ela tá. A gente só conseguiria fazer isso em alguns casos, para nós, nossa operadora não daria. Não daria porque a gente tem cliente pulverizado, eu tenho cliente que está em 290 cidades, tem um de 370 cidades, eu não consigo visualizar essas pessoas, eu consigo por meio de sistema, né? Agora dar aquela atenção que ela prega, que ela diz, o contato físico, aquela coisa de verificar, de dar acompanhando, né? O passo a passo eu não conseguiria... eu nunca conseguiria ter todo mundo, porque sempre ia estar faltando, os números nunca iam ser exatos, né? Ia sempre ficar falho e é por isso que a gente prefere não trabalhar da forma como a ANS preconiza (INF1-TORONTO).

Isso é até um desejo nosso de fazer algum programa de prevenção, com diversas finalidades. A ANS dá uns bônus, vamos dizer assim, de exigências, então tem esse lado, tem o lado de

como a empresa se apresenta ao público de "essa é uma empresa preocupada com prevenção" que é uma coisa que é bem vista e tem o lado prático de se você fizer um trabalho preventivo você vai reduzir o tratamento. [...] Embora isso seja muito verdadeiro em relação a cada indivíduo que toda vez que você previne você evita de remediar, muitas vezes, por conta daquele perfil do plano odontológico isso nem sempre é muito verdadeiro para a operadora. Esse é um dos problemas, porque o nosso perfil de permanência é muito curta, então você faz um trabalho preventivo agora para evitar tratamento, provavelmente você vai gastar para fazer a prevenção para a próxima operadora dele daqui a três anos deixar de gastar, você entendeu?... Muitos clientes entram, fazem os seus tratamentos, ficam 6 meses tratando, até menos, e saem. Tem pacientes que fazem o diagnóstico "ah já tô pagando aqui há mais de um ano e tal, vou sair" e sai, aí todo aquele trabalho que você fez de educação, de orientação, de prevenção de até de aplicação de flúor se for de menor e tal vai ser bom, para ele vai ser bom, mas para a operadora não vai ser (INF1-MONTREAL).

Não há dúvidas de que a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças são componentes imprescindíveis para a construção de um modelo de atenção à saúde integral e resolutivo, tendo sido amplamente discutidas na literatura e incorporadas aos modelos propostos para o SUS, inclusive na saúde bucal (BUSS, 2000; BRASIL, 2004; MENDES, 2012). Desta forma, esta tem sido uma das políticas de regulação indutoras mais relevantes promovidas pela ANS, como tentativa para a reorientação da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar.

Dentre as ações desenvolvidas, destacam-se seminários e publicações de manuais e cartilhas sobre o tema, sendo que estas publicações vem sendo atualizadas constantemente e visam à orientar as operadoras para que incorporem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na rotina da assistência aos beneficiários, inclusive com instruções para o planejamento dos programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças (ANS, 2011c; 2011d). Também há uma série de resoluções e instruções normativas

que norteiam a construção, cadastramento, acompanhamento, monitoramento e manutenção dos programas pelas operadoras, pois embora estes programas não sejam de cunho obrigatório, sua implantação possibilita a obtenção de bonificações e redução de obrigações financeiras devidas à Agência.<sup>11</sup>

No entanto, os resultados deste estudo mostram que, conquanto reconhecida a importância das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na área odontológica, as operadoras do segmento ainda não têm se preocupado em incorporá-las na rotina dos seus beneficiários, deixando sob a responsabilidade e escolha dos prestadores a execução de procedimentos preventivos, sendo estes limitados aos itens constantes nas coberturas dos planos odontológicos.

A prevenção é um nome bonito, lindo, "ah vocês vão fazer e vocês vão colher isso no futuro" só que eu preciso ter o dinheiro naquele momento para gastar [...]Tem algumas prevenções na cobertura e isso faz parte da cobertura. Isso a gente tenta estimular.[...] Hoje o governo praticamente ele nos empurra isso tudo que a gente tem... Faz parte do rol (INF1-QUEBEC).

Acrescenta-se que, na visão das operadoras, os cirurgiões-dentistas acabam realizando os procedimentos de prevenção das doenças bucais muitas vezes apenas com o intuito de agregar valor ao tratamento e receber maiores repasses, como já visto quando se discutiram os conflitos inerentes à relação prestador-operadora.

Todos [referindo-se aos prestadores] colocam prevenção, a tabela toda da prevenção, toda ficha vem cobrando toda a parte de prevenção e pouquíssimos realizam, aquilo ali já é uma ficha completa, entende? Como se tivesse pronta para todo paciente que aparece (INF2-QUEBEC).

---

<sup>11</sup> Ver: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/286--promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>.



No estudo de Pinheiro e Silva Junior (2009) observou-se que as operadoras odontológicas participantes têm interesse em realizar atividades de promoção e prevenção à saúde, porém com foco na redução de custos, uma vez que consideram que todo procedimento preventivo visa reduzir tratamentos reparadores ou curativos no futuro, o que é economicamente vantajoso a estas empresas. Ressalta-se o fato de que as operadoras percebem estas atividades apenas no ambiente do consultório, pois sugerem que cabe ao profissional orientar os pacientes para evitar uma atuação curativa, realizando atividades preventivas em sua prática, como escovação supervisionada, orientações sobre higiene e dieta e orientações sobre a saúde em geral.

Diante disso, o que poderia representar uma das formas de “reestruturação produtiva na saúde”, ou seja, a diversificação das tecnologias de cuidado, incluindo as ações de promoção e prevenção à saúde em uma lógica coletiva e incorporando o uso de tecnologias leves ao modelo de atenção em saúde bucal (MERHY; FRANCO, 2006), não estar incorporado à realidade das operadoras. Não se percebe, conseqüentemente, a transição tecnológica tal qual já vem se processando no segmento médico da saúde suplementar, que tem introduzido novos formatos de intervenção em uma tentativa de descentralizar o cuidado dos equipamentos e especialistas, ou seja, intervindo no trabalho vivo. O modelo de atenção em saúde bucal permanece voltado à prática curativa e amplamente dependente de tecnologias duras e a macrorregulação, materializada nas iniciativas da ANS para estimular a mudança dos modelos assistenciais, ainda não alcançou os resultados almejados no segmento odontológico.

### *6.2.3.3 Adoção de práticas de gerenciamento do cuidado*

As operadoras foram questionadas sobre o acompanhamento de alguma patologia e/ou grupo de beneficiários como medida de regulação da utilização dos serviços assistenciais. Somente 2 das operadoras participantes afirmaram realizar este acompanhamento, sendo que uma delas respondeu que acompanha os beneficiários com tumores, cistos e outras lesões, além de pacientes que tiveram complicações decorrentes de procedimentos odontológicos, tais como fratura de lima endodôntica. A outra operadora apenas relatou que acompanha a quantidade de procedimentos realizados em cada especialidade odontológica, para análise da necessidade e qualidade da prestação dos serviços e da eficácia dos tratamentos.

A forma como é feito este acompanhamento é comum às duas operadoras, que se utilizam de avaliações periódicas por meio de auditoria, tanto presenciais como através de imagens fotográficas e/ou radiográficas anexadas ao prontuário dos beneficiários acompanhados.

O gerenciamento do cuidado, através do monitoramento de casos específicos individuais ou coletivos, garantindo a gestão de projetos terapêuticos, pressupõe uma nova forma de vínculo entre a operadora e os beneficiários. No entanto, uma prática que deveria ser adotada na busca por uma assistência com mais qualidade acaba muitas vezes sendo instituída pela sua racionalidade econômica, como estratégia para redução de sinistros em pacientes considerados de alto risco (MALTA *et al.*, 2005).

Embora não se tenha percebido entre as operadoras participantes a preocupação com a gestão de casos, as falas dos entrevistados revelam que de certa forma, as empresas já estão modificando sua forma de ver o beneficiário, procurando estimulá-lo a visitar regularmente os serviços, como forma de evitar que este venha a incorrer em tratamentos mais dispendiosos, pela falta de acompanhamento regular.

Houve um tempo em que a gente vendia, como eu te falei, vendia lá o plano e bom "use se quiser se não usar bem ótimo, melhor para a gente" era a maior burrice que a gente estava fazendo, em resumo era isso, hoje é ao contrário. Hoje eu vou bater lá na empresa "Por que não está usando?"(INF1-TORONTO).

Este processo de mudança de atitude das operadoras pode ser considerado uma das facetas da reestruturação produtiva na saúde, pois traz de certa forma inovações que impactam nos processos de trabalho e geram transformações no modo de assistir às pessoas (MERHY; FRANCO, 2006). Comparando com dados de outros estudos, percebe-se que a reestruturação produtiva na saúde com base no gerenciamento do cuidado, ou atenção gerenciada (*managed care*), já é utilizada com maior ênfase nas operadoras da área médica, que tem instituído a gestão de casos (*case management*) como estratégia racionalizadora, para contenção de custos associados a determinadas patologias, como diabetes, hipertensão arterial, câncer, gravidez de alto risco e obesidade mórbida (CECÍLIO *et al.*, 2005a; MALTA *et al.*, 2005).

### 6.2.3.4 Projetos de desenvolvimento técnico-científico e capacitação

Este componente se refere às políticas da operadora quanto à capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais, tanto os cirurgiões-dentistas prestadores como os colaboradores das áreas administrativas das empresas. Onze operadoras referem-se aos cursos como ferramenta de capacitação. O estímulo à participação em congressos e jornadas foi citado por 7 operadoras, a divulgação de artigos científicos aparece como política em 3 empresas e uma operadora respondeu ter como mecanismo de capacitação a educação permanente. Outras políticas citadas foram: incentivo financeiro para a participação dos prestadores em cursos de especialização, presença de um dentista consultor para discussão de dúvidas técnicas e treinamento interno dos colaboradores (Tabela 12).

**Tabela 12. Métodos para capacitação dos profissionais utilizados nas operadoras investigadas.**

	<b>Cursos</b>	<b>Participação em congressos</b>	<b>Divulgação de artigos</b>	<b>Educação permanente</b>	<b>Outros</b>
<b>Sim</b>	11	7	3	1	3
<b>Não</b>	3	7	11	13	11

Quando abordados sobre esta questão, os entrevistados reconhecem a importância da capacitação dos profissionais colaboradores da área administrativa, sendo que todas as operadoras desenvolvem cursos e treinamentos técnicos para seus funcionários, inclusive através de empresas que trabalham também questões de relacionamento e motivação. Quanto à capacitação e/ou aperfeiçoamento técnico-científico dos cirurgiões-dentistas, as operadoras procuram oferecer cursos de atualização, porém salientam que, em muitos casos, os prestadores não demonstram interesse em participar dos cursos, sendo que uma das operadoras está trabalhando em um novo projeto para capacitação profissional que inclui bolsas de estudo, para que os prestadores escolham e participem dos cursos que julgarem mais pertinentes e interessantes para a sua prática.

A gente faz com alguma regularidade capacitações para o sistema que a gente adotou e assim, curso, por exemplo para Excel, aprender a ferramenta Excel. Chamamos um dentista para

fazer uma palestra, de dois, três dias, fundamentos, vamos dizer assim, de odontologia, os números dos dentes, os nomes dos dentes, os procedimentos mais corriqueiros, enfim, fundamentos mesmo, coisa bem fundamental para que quando eles tiverem num atendimento por telefone, por exemplo, "ah é no 23" "23 o que é isso?", entendeu? "11" "11? Que dente é esse?", então para que eles tenham essas noções (INF1-MONTREAL).

Nós realizávamos cursos de aperfeiçoamento para os profissionais só que o que acabou ocorrendo? Em razão do número tão pequeno de pessoas para realizar esses cursos, acabou se tornando inviável porque pagava-se uma fortuna para professores ministrarem o curso e a procura era muito pouca.[...] Hoje a gente estuda programas de dar bolsas para o profissional, mas naquele sentido, aqueles profissionais que estão conosco há muito tempo, aqueles profissionais que existe aquela fidelização... Já está pronto isso como projeto, de conceder bolsa mês e dizer assim "escolha algum curso" e não é nós falarmos o que ele vai fazer e sim ele escolher o que quer fazer (INF1-TORONTO).

No estudo de Malta *et al.* (2005), observou-se que a capacitação é uma prática pouco frequente das operadoras, identificada em apenas uma participante da pesquisa. Esta empresa desenvolve programas de capacitação, enviando os profissionais para cursos, congressos e ainda lança mão da possibilidade de obter uma segunda opinião técnica em caso de dúvidas. Já no estudo de Pinheiro e Silva Junior (2009), a capacitação dos profissionais foi citada por algumas operadoras, no intuito de fomentar novas práticas de cuidado, com base nas políticas promoção da saúde e prevenção propostas pela ANS, porém ainda de forma incipiente, uma vez que a mesma pesquisa reconhece que falta, por parte dos prestadores de serviço, a apropriação de conceitos relacionados a estas práticas.

Sendo assim, observou-se haver uma deficiência por parte das operadoras em incorporar uma das ferramentas mais importantes para se modificar o modelo de atenção na saúde suplementar: a difusão do

conhecimento por meio da educação permanente de todos os atores envolvidos nas práticas de saúde (BRASIL, 2004; ANS, 2009b).

#### *6.2.3.5 Integralidade da atenção em saúde bucal*

O último componente da dimensão assistencial foi investigado sob a lógica das coberturas oferecidas pelas operadoras, verificando se as mesmas oferecem outros procedimentos odontológicos além do que é determinado pela ANS no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (ANS, 2013b). Duas das quatorze operadoras não oferecem nenhum outro benefício além do rol mínimo. Dez operadoras afirmam ofertar tratamento ortodôntico e 6 delas ofertam implantes dentários como benefício extra em seus planos. Uma vez que o rol de procedimentos determinado pela ANS oferece somente alguns tipos de prótese odontológica, 8 operadoras incluem outras próteses entre os benefícios oferecidos. Dentre outros procedimentos ofertados estão as restaurações de resina composta em dentes posteriores (1 operadora), procedimentos de clareamento dentário (3 operadoras), cirurgias que não constem no rol mínimo (1 operadora) e exames necessários para tratamento ortodôntico (1 operadora).

Segundo os resultados da fase qualitativa, as operadoras buscam oferecer alguns procedimentos além do que é determinado pela ANS, a partir da demanda dos beneficiários. No entanto, as coberturas extras representam aumento do custo do plano para o beneficiário, que normalmente paga uma mensalidade mais cara para ter acesso aos benefícios ou até mesmo paga integralmente pelos procedimentos, apenas tendo a vantagem de preços mais baixos e/ou melhores condições de pagamento.

A gente percebe demandas de mercado, por exemplo, ortodontia, então a gente tem a intenção de criar um plano que abranja a manutenção da ortodontia, isso a ANS não determina, entendeu? Essa questão do cerômero (restaurações em resina composta) que eu falei, não é uma demanda da ANS é uma demanda nossa que a gente percebe que tem, então oferecemos isso ao mercado... (INF1-MONTREAL).

O que não tá coberto nós temos uma tabela, e se o usuário quer ele vai lá e faz, a empresa autoriza,

se autoriza pode vir aqui pagar no balcão (INF1-QUEBEC).

A temática da integralidade na saúde suplementar tem sido discutida nas pesquisas sobre modelos assistenciais. Em geral, as operadoras se referem à integralidade como o cumprimento das cláusulas contratuais, e não enquanto princípio fundante do direito à assistência à saúde, evidenciando uma visão sobre o conceito de saúde fragmentada e com repercussões ao exercício da saúde como direito de cidadania. A integralidade é entendida, ainda, como o acesso às diversas tecnologias disponibilizadas para os processos de diagnose e terapêutica, sendo que a assistência integral seria, na visão das operadoras, uma responsabilidade exclusiva do setor público na saúde (MALTA *et al.*, 2005; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). Nesta pesquisa, foi identificada uma certa diferença quanto a este entendimento nas falas dos entrevistados, os quais consideram que o Estado não deveria interferir na assistência curativa e reabilitadora, mas focar suas ações na promoção e prevenção em saúde bucal.

Se o usuário tem serviço público, pelo menos nessa área, né? Promocional, de estímulo de escovação de dentes, de você estimular o usuário a cuidar dos dentes, né? A cuidar da alimentação, enfim, essas coisas, se houvesse uma ação governamental nisso aí iria ajudar e muito a população porque daí os outros serviços que eu achava que o governo não deveria se meter porque é mais complexo, porque o custo é maior, aí o usuário podia comprar esse serviço a um custo bem menor (INF1-QUEBEC).

Por se tratar de uma expressão polissêmica, toma-se aqui a integralidade como um dos princípios norteadores do SUS, especialmente no que se refere às práticas profissionais e à organização de um serviço de saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Desta forma, a integralidade na saúde suplementar pode ser, segundo Pinheiro e Silva Junior (2009), uma importante ferramenta para permitir que seja efetivada a previsão constitucional de complementaridade entre as esferas pública e privada na construção do direito à saúde, promovendo uma concepção única de saúde, sem fragmentação. No entanto, percebe-se nesta pesquisa que o viés do mercado acaba

distorcendo e reduzindo a visão de integralidade a um conjunto de procedimentos a serem ofertados, segundo uma lógica contratual. Mesmo quando as operadoras procuram incorporar outros procedimentos, não há uma preocupação com a atenção integral à saúde do beneficiário, mas com o custo que estas práticas venham a gerar para a operadora.

Eu gostaria muito que todo mundo tivesse acesso a clareamento, tivesse acesso a implante e tudo mais, mas tudo isso tem um custo e quem vai pagar a conta? (INF1-TORONTO).

No contexto da integralidade, não se pode deixar de incluir as atividades de promoção de saúde e prevenção. Como já discutido anteriormente, as operadoras não têm se apropriado das propostas e políticas da ANS quanto aos programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, e quando as adotam, como dispositivos de uma reestruturação produtiva na saúde suplementar, as ações realizadas não são suficientes para alterar o perfil tecnológico das práticas profissionais.

Estas permanecem centradas no velho modo de produção, isto é, centradas nas tecnologias duras e leve-duras, na lógica instrumental, na produção de procedimentos, e menos nas relações com o usuário dos serviços, na produção do cuidado à saúde. Por esses motivos, principalmente, avalia-se que as atividades de promoção e prevenção à saúde, embora tenham produzido importantes mudanças e avançado no coeficiente de integralidade presente no âmbito da produção do cuidado, se dão ainda no contexto do modelo hegemônico de atenção à saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

#### *6.2.3.6 A mercantilização da dimensão assistencial do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: comentários centrais*

Com a apresentação deste último componente, é possível visualizar com mais clareza a dimensão assistencial do modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar. Assim como nas dimensões política e organizativa, o que se percebe é a grande influência do mercado em toda a configuração da assistência em saúde bucal. Quanto às suas peculiaridades, o segmento odontológico se vale de ações estratégicas para driblar os riscos de seleção adversa comuns à natureza da assistência odontológica, demonstrando grande desenvoltura

no mercado de planos privados de saúde, comprovada pela alta lucratividade das operadoras.

No âmbito das práticas assistenciais, é incipiente ainda a inserção da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças entre as operadoras investigadas. Quando ocorrem, estas práticas não se estabelecem conforme os modelos sugeridos e trabalhados pela Agência Reguladora, mas como ações pontuais e fragmentadas, geralmente no ambiente do consultório e direcionadas individualmente. Sendo assim, a macrorregulação ainda não conseguiu, no segmento odontológico, orientar o modelo de atenção segundo a lógica pensada para o sistema público, embora todas as suas normativas e documentos de orientação se pautem nas diretrizes estabelecidas para o SUS.

O gerenciamento do cuidado - considerado a outra face da reestruturação produtiva, não ocorre como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência, com foco nas necessidades sentidas pelos beneficiários, mas como dispositivo para a racionalização das despesas assistenciais e redução da sinistralidade.

Quanto à capacitação dos profissionais vinculados às operadoras, há deficiências quanto a sua natureza e formato, sendo necessário maior comprometimento das operadoras, a fim de que o conhecimento se transforme em uma das ferramentas para a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal.

Consequentemente, os componentes até agora descritos interferem na integralidade da atenção à saúde bucal, que esbarra tanto nas normativas da Agência Reguladora que determina as coberturas para os procedimentos odontológicos, quanto na preocupação financeira associada à incorporação de uma atenção mais integral, somada à ainda fragmentada prática profissional.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a saúde como direito de cidadania, formalizado no texto constitucional, ainda não possibilitou a todos os brasileiros o acesso a um sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade. Não se podem negar os inúmeros avanços para a melhoria do SUS, que completou 25 anos em 2013, porém em meio a uma arena de disputas entre os interesses públicos e privados, carece de maiores fontes de financiamento e não consegue o alcance de cobertura imperativo à melhoria das condições de saúde e saúde bucal, bem como ao enfrentamento das necessidades demandadas pela população.

Percebeu-se, a partir da análise comparativa com outros países, que o modelo de atenção à saúde bucal preconizado pelo SUS é o único que poderia ser considerado de cobertura universal e sem custo aos usuários (*free at the point of use*), uma vez que mesmo em países onde o sistema de saúde é eminentemente público, a assistência odontológica se organiza de forma singular, seja mediante copagamentos, seja pela exclusão da cobertura do sistema público, deixando que a população a obtenha por meio dos planos e seguros de saúde. No entanto, o baixo financiamento da saúde bucal por fontes públicas não permite que as propostas contidas na Política Nacional de Saúde Bucal sejam realmente instrumentos para o combate às desigualdades no acesso à saúde bucal, uma situação que se torna ainda mais inaceitável em face da imensa disponibilidade de recursos humanos em odontologia no Brasil.

Ao mesmo tempo, o país experimenta avanços no que se refere à renda e condição social de um contingente de pessoas, as quais, ao ultrapassarem extratos de renda e se moverem na pirâmide social, trazem consigo anseios de consumo, dentre estes, e como alternativa a um SUS que não corresponde às suas necessidades, os planos privados de saúde. Aliados aos incentivos fiscais embutidos nesta relação de compra e venda e às forças mercantilistas representadas pelas empresas do setor, comprova-se o crescimento do mercado de saúde suplementar, tanto após o advento do SUS em 1988 como especialmente após o marco regulatório específico do setor e a criação da ANS.

No segmento odontológico, as taxas de crescimento foram ainda maiores, e o número cada vez mais elevado de beneficiários de planos odontológicos, bem como de profissionais da odontologia inseridos neste ambiente de trabalho, evidenciou a necessidade de mergulhar neste universo e buscar conhecer o modelo de atenção em saúde bucal no âmbito da saúde suplementar, dando forma ao objeto deste trabalho. Neste sentido, os dados coletados nos permitiram analisar, sob o ponto

de vista das operadoras, como se organiza a atenção à saúde bucal aos beneficiários, nas suas múltiplas dimensões.

Inserido na dimensão política da matriz de análise proposta, o objetivo de conhecer a perspectiva das operadoras quanto às suas relações com os beneficiários, com a Agência Reguladora, com o SUS e principalmente com os prestadores, parece ter revelado as inúmeras faces com que as mesmas se mostram. Verificou-se a partir dos dados coletados, desde o caráter mais normativo e informativo das operadoras, quando no relacionamento com os beneficiários, até uma função mais fiscalizadora, a partir de um conjunto de regras impostas aos prestadores, conforme suas obrigações legais frente à ANS, mas também moldado por uma lógica financeira, de contenção de custos e aumento das taxas de retorno.

Os conflitos que se estabelecem a partir deste cenário são a materialização de insatisfações frente à conformação do segmento odontológico da saúde suplementar, particularmente no que se refere à remuneração dos profissionais e às ferramentas microrregulatórias que interferem na sua autonomia decisória e operacional. Quanto às relações com o SUS, a questão do ressarcimento foi reconhecida pelas operadoras, mas não representa, segundo os resultados, grande preocupação aos gestores, comparado com o segmento médico, uma vez que o subsistema de saúde suplementar ainda oferece mais serviços do que a assistência oferecida no sistema público. Ao mesmo tempo, as operadoras não demonstram interesse em expandir suas coberturas e só o fazem quase sempre por determinação da ANS, com a justificativa de que maiores coberturas geram maiores custos associados à indução da demanda e à seleção adversa de clientes.

Em meio a este panorama conflituoso se inserem brasileiros que, na mesma medida em que não têm assegurado o acesso à saúde bucal como política pública, tampouco têm, no subsistema suplementar, a garantia de assistência odontológica integral. Há, portanto, a necessidade de enfrentamento político e organizacional, para que a atenção à saúde bucal realmente seja considerada um direito de cidadania e não uma mercadoria a ser comercializada pelo subsistema de saúde suplementar.

Ainda dentro desta dimensão, foi possível perceber que as operadoras odontológicas também se utilizam de articulações com o setor público em seu favor, de certa forma legitimadas pelo Estado, ao estabelecerem parcerias para a comercialização dos planos para funcionários públicos, aumentando seus nichos de inserção no mercado.

Confirmou-se também, o crescimento e a concentração do mercado de planos odontológicos, sendo que as operadoras reconhecem a grande concorrência neste mercado, buscando estratégias de competição tais como a venda de planos coletivos, os quais não são atingidos da mesma forma pelos braços regulatórios da ANS. Revela-se, desta forma que o Estado, ao se omitir em importantes questões da regulação, acaba por organizar o mercado, configurando-se em um agente ativo na expansão do setor privado e contribuindo para o enfraquecimento da proposta do SUS.

Ao avançar para a dimensão organizativa da análise do objeto, desvendou-se o processo de gestão das operadoras odontológicas, bem como as repercussões das modelagens organizacionais no modelo de atenção praticado. Os resultados mostraram que as operadoras estão se valendo da profissionalização da gestão e de estratégias de venda e apreçamento altamente competitivas, aproveitando-se das lacunas regulatórias e do baixo poder de negociação dos beneficiários, principalmente daqueles vinculados aos planos de contratação coletiva, ou seja, a grande maioria. Tendo conquistado seus clientes, as operadoras passam a utilizar uma série de mecanismos microrregulatórios para manter seus parâmetros de rentabilidade, destacando-se o controle de acesso pelos processos de auditoria e autorizações prévias.

Os sistemas de informação não parecem ser utilizados como ferramenta de planejamento da assistência na gestão das operadoras odontológicas, mas como uma forma de armazenamento de informações cadastrais e controle da produção de procedimentos. Controle este, que também faz parte do gerenciamento dos prestadores, junto ao estabelecimento de contratos, de certa forma impostos unilateralmente e à conformação de normas e protocolos administrativos e condutas clínicas. Não houve menção nas operadoras investigadas em adotar outras formas de remuneração dos profissionais, como pagamentos per-capita ou por *performance*. Ainda, ao interferirem no modo de produção do trabalho dos cirurgiões-dentistas, especialmente pelo fortalecimento de uma peculiar divisão do trabalho entre profissional auditor e executante, as operadoras contribuem para um modelo de atenção cada vez mais fragmentado e curativo, inclusive com tendência ao excesso de procedimentos (sobretratamento), a qual parece resultar do descontentamento dos profissionais frente às imposições da organização da odontologia no subsistema suplementar.

Por fim, os componentes elencados na dimensão assistencial permitiram conhecer as práticas estimuladas pelas operadoras odontológicas para a assistência à saúde bucal. Neste sentido, a contribuição dos dados está em revelar peculiaridades da segmentação odontológica que, de certa forma, determinam e direcionam muitas das formas de organização das operadoras em relação à assistência oferecida aos beneficiários. A presença de seleção adversa de clientes, especialmente nos contratos individuais e o reconhecimento, por parte das operadoras, de que há uma maior rotatividade de clientes, característica inerente aos segmento odontológico da saúde suplementar, faz com que as mesmas não se preocupem em estimular ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, mesmo estando cientes das bonificações oferecidas pela ANS para as operadoras que incorporam programas de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na sua prática assistencial.

Ferramentas de capacitação para difusão do conhecimento e educação permanente, que poderiam modificar este comportamento, com base em evidências científicas sobre a importância das ações de promoção e prevenção, não têm sido utilizadas pelas operadoras. Assim, ao deixar que ações preventivas se incorporem na rotina assistencial apenas como dispositivo de gerenciamento do cuidado para redução de custos inerentes à sinistralidade e/ou como uma das formas encontradas pelos prestadores para aumentar sua remuneração, as operadoras odontológicas não conseguem alinhar-se ao conceito de integralidade da atenção à saúde bucal, uma vez que a consideram apenas no âmbito do cumprimento do que está determinado nos contratos. Desta forma, a saúde bucal na saúde suplementar permanece limitada, reproduzindo não o modelo concebido para o SUS e estruturado nas diretrizes da PNSB, mas o modelo hegemônico já consolidado no setor privado e que não tem dado provas de eficiência no que se refere à melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira.

A partir dos dados coletados neste trabalho, evidenciaram-se diversas fragilidades, as quais foram elencadas em cada uma das dimensões de análise. Contudo, não se pode negar que, para cerca de 19 milhões de beneficiários, o vínculo aos planos odontológicos significa a única forma de acesso aos cuidados de saúde bucal, face a ainda insuficiente cobertura do sistema público e ao custo, por vezes proibitivo para certos estratos sociais, dos tratamentos particulares financiados por desembolso direto.

As potencialidades deste modelo estão, consequentemente, em permitir que muitos brasileiros, que até então não teriam condições financeiras para arcar com os custos da assistência odontológica, passem a usufruí-la e, de certa forma, em proporcionar aos cirurgiões-dentistas, espremidos pela concorrência que decorre do aumento da oferta desregulada de profissionais, um modo de inserção no mercado. Contudo, o potencial que as operadoras odontológicas concentram, em termos de estrutura, organização e aporte financeiro, poderia ser muito melhor utilizado, suscitando uma real mudança de paradigma na atenção à saúde bucal dos beneficiários. Não se percebe, por exemplo, nenhum direcionamento do modelo de atenção praticado em relação a aspectos intersetoriais que se refletem na condições de saúde bucal, tais como a propaganda e o consumo de alimentos contendo açúcar em excesso.

Esta mudança de paradigma se fortaleceria com o referencial de Mendes (2011; 2012) que, ao propor um modelo de atenção à saúde para o SUS - o MACC, enfatizou a necessidade de organizar a demanda pelos serviços de saúde, através do maior conhecimento das necessidades de saúde de determinada população e trabalhando com diferentes formas de intervenção, direcionadas a diferentes grupos, estratificados por risco e levando em consideração os determinantes sociais para as condições de saúde. No segmento odontológico, este modelo poderia ser trabalhado a partir do conhecimento das demandas dos beneficiários, ou seja, utilizando-se as ferramentas de informação, já disponíveis, não somente para contagem de produção de procedimentos, mas para levantamentos epidemiológicos com foco no planejamento das ações em saúde bucal.

Ainda que a integralidade da atenção não possa ser considerada no seu significado mais abrangente, pela própria configuração da saúde suplementar que segmenta a assistência, as possibilidades de tornar realidade este modelo estão presentes no setor privado, e mais especificamente, no segmento odontológico. Para tanto, pode-se pensar que, se de alguma forma as operadoras odontológicas pudessem ir além da sua segmentação, estabelecendo parcerias com as operadoras médicas, se poderia trabalhar não somente na lógica de um modelo de atenção às condições crônicas (MACC), como incorporando a abordagem dos fatores comuns de risco, representando um grande salto no enfrentamento das doenças bucais para além das abordagens específicas (SHEIHAM, WATT, 2000; PETERSEN, 2003; MOYSÉS, 2008). Basta que operadoras e prestadores sejam, conforme fomentado nas políticas indutoras da ANS, mais do que provedores de serviços

financeiramente lucrativos, gestores do cuidado com foco na qualificação da atenção à saúde dos beneficiários

O modelo ideal para dar conta das iniquidades históricas relacionadas à atenção à saúde bucal no Brasil é, sem dúvida, o modelo público e integral, constante nas diretrizes do SUS e da PNSB, e reforçado pelos referenciais acima descritos. Prova disso se tem tanto nas evidências de que o modelo estritamente curativo e de prática individual pouco tem contribuído para mudanças no perfil das doenças bucais, quanto na constatação de que modelos que preveem, por exemplo, o compartilhamento de custos e pagamentos, como os vistos internacionalmente, não têm reduzido as desigualdades de acesso.

Sendo assim, não se pode deixar de reconhecer a pujança do setor privado na saúde bucal, mas antes de assumir de forma naturalizada as práticas de mercado na prestação da assistência odontológica, cabe discutir criticamente o papel do Estado, tanto como regulador deste mercado, quanto como indutor de um modelo de atenção à saúde bucal de acordo com os princípios do modelo proposto pelo e para o SUS.

Para tanto, é mandatório que a ANS, como órgão regulador do subsistema suplementar, reconheça as assimetrias entre os diferentes agentes envolvidos e modifique a sua lógica, interferindo também nos mecanismos microrregulatórios. Isto só será possível se a Agência representar verdadeiramente um instrumento de efetivação do direito à saúde, ultrapassando os entraves políticos e econômicos consolidados pelo mercado privado. Neste sentido, o ato de regular, para Sestelo, Souza e Bahia (2013), passa pelo estabelecimento de limites ao processo de apropriação privada do espaço público na assistência à saúde, de forma que o empresariamento privado se atenha aos aspectos de fato suplementares a um sistema integral e efetivo.

Algumas limitações deste trabalho precisam ser apontadas: primeiramente, a baixa taxa de resposta frente ao universo de operadoras odontológicas em atividade no Brasil, causado pela grande dificuldade de acessar as empresas e obter o aceite para a participação na pesquisa. Esta dificuldade agravou-se ainda mais pela abstenção, por parte da Agência Reguladora, quando solicitado o apoio para a realização da pesquisa. Embora a pouca adesão das operadoras ao estudo não tenha, do ponto de vista metodológico, diminuído a validade do mesmo, é possível que a participação de outros sujeitos contribuisse com uma maior riqueza de dados referentes ao modelo de atenção à saúde bucal na saúde suplementar.

Em segundo, a opção metodológica, justificada pelo tempo, de analisar o modelo de atenção em saúde bucal somente sob o ponto de vista das operadoras, demanda certa prudência na análise dos resultados. No entanto, este estudo de caso possibilitou desvendar importantes aspectos do segmento odontológico da saúde suplementar, até então ignorados ou conhecidos apenas no universo empírico, abrindo espaço para que outras produções acadêmicas os aprofundem, levando em conta também a ótica dos prestadores e beneficiários.

Cabe aqui referendar uma das grandes contribuições deste trabalho, a elaboração do marco conceitual, a partir do concatenamento de conceitos advindos do referencial teórico, o qual permitiu delimitar com mais clareza o complexo objeto desta pesquisa, dada a diversidade dos elementos que o configuram. A partir desta compreensão, o marco conceitual também evidenciou, pela construção da matriz de análise do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, com suas dimensões e componentes, a magnitude das informações que precisavam ser buscadas, guiando, neste sentido, a coleta de dados. E finalmente, os elementos teóricos que o compõem foram imprescindíveis para a análise dos dados coletados, proporcionando embasamento para a discussão dos resultados, bem como para o aprimoramento da matriz de análise do objeto, pela inclusão dos componentes que emergiram do material empírico.

Sendo assim, acredita-se que este referencial teórico-metodológico represente um material diferenciado na produção acadêmica sobre saúde suplementar e, principalmente, sobre modelos de atenção em saúde bucal e, embora não se possa tomá-lo como definitivo, dada a sua natureza dinâmica, recomenda-se a sua utilização para o aprimoramento do conhecimento científico. Conhecimento este que, na opinião da pesquisadora, só deve ter um fim: auxiliar os formuladores de políticas públicas em saúde na tomada de decisões que viabilizem o direito à saúde, por meio de um sistema universal e de qualidade.





## REFERÊNCIAS

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. 88p.

\_\_\_\_\_. **Planos odontológicos:** evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2009. 152p.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar:** manual técnico. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: ANS, 2009a. 244p.

\_\_\_\_\_. **Resolução normativa nº 211, de 11 de janeiro de 2010.** Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Programa de qualificação da saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2010a. 67p.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos. (Março de 2011). Rio de Janeiro: ANS, 2011. 64p.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica:** RN Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Rio de Janeiro: ANS, 2011a. 33p.

\_\_\_\_\_. **Resolução normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011.** Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Rio de Janeiro: ANS, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar:** 4<sup>a</sup> ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011c. 244 p.

\_\_\_\_\_. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.** Rio de Janeiro: ANS, 2011d. 80 p.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** (Junho de 2012). Rio de Janeiro: ANS, 2012. 55p.

\_\_\_\_\_. **Resolução normativa nº 295, de 9 de maio de 2012.** Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Relatório da Qualificação das Operadoras 2013. Ano Base 2012.** Rio de Janeiro: ANS, 2013. 7p. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_da\\_Operadora/IDSS/relatorio\\_idss\\_2013.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/IDSS/relatorio_idss_2013.pdf)>. Acesso em: 09 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos** (Setembro de 2013). Rio de Janeiro: ANS; 2013a. 53p.

\_\_\_\_\_. **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: RN 338/2013.** Rio de Janeiro : ANS, 2013b.179 p.

\_\_\_\_\_. Instrução normativa nº 13, de 29 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2012, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2013c. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2350](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2350). Acesso em: 21 jan. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Org.). **O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil.** Rio de Janeiro: ANS, 2009. 78p.

ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p 6-8, maio 2011.

ALVES, D.C.; BAHIA, L.; BARROSO, A.F. O papel da justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 279-90, fev. 2009.

ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C. Marco teórico das investigações em enfermagem: sua relação com as teorias de Enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 22-24, 1989.

ANDRADE, E. I. G. *et al.* Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R. C., SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009. p. 87-118.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

\_\_\_\_\_. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde soc.**, São Paulo, v.14, n.2, p.9-30, ago. 2005.

\_\_\_\_\_. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1385-97, out. 2008.

\_\_\_\_\_. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.753-62, jun. 2009.

\_\_\_\_\_. O prazo de validade do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1940-42, out. 2013.

BALDANI, M. H. P. *et al.* A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil: perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. **J Bras. Odontopediatria Odontol. Bebê**, Curitiba, v.6, n.31, p.210-216, maio/jun. 2003.

BARROS, M. E. D. *et al.* Mercado de saúde suplementar na região Centro-Oeste. In: PEREIRA, R. C., SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009. p. 43-86.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contêm as emendas constitucionais posteriores. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 03 jun.1998.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jan. 2000.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de Emprego e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a. 96p.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004. 16p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005. 270p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde** 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 245p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011a. 148p.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 28 jun. 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 01 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados principais**. Brasília: MS, 2011c.

BIRN, A.E. *et al.* Struggles for National Health Reform in the United States. **American Journal of Public Health**., v. 93, n. 1, pp. 86-91, jan. 2003.

BOYLE, S. United Kingdom (England): Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 13 n.1, p. 1-486, 2011.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião dentista no PSF. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 8, jul./dez. 2000.

CARVALHO, E.B.; CECÍLIO, L.C.O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, set. 2007.

CARVALHO, C.L; LOUREIRO, C.A.S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de odontologia**, Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

CECÍLIO, L.C.O. *et al.* A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005. p.63-74.

CECÍLIO, L.C.O. *et al.* A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005a. p.75-140.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007.

CHEVREUL, K et al. France: Health system review. **Health Systems in Transition**, v.12, n. 6, p. 1-291, 2010.

CIA. Central Intelligence Agency. **The World Factbook**. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>>. Acesso em: 29 mai. 2012.

CMS. Centers for Medicare and Medicaid Service. **National health expenditure tables, 1960-2011.** Disponível em: <<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/tables.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2013.

CONILL, E.M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 563-613.

CONILL, E. *et al.* O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.S. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar:** produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009. p. 235-276.

CFO.CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. CBHPO lançada em Brasília. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, ano 18, n. 95, abr./maio/jun. 2010, p. 03.

\_\_\_\_\_. **Notícias.** ANS envia para consulta pública sugestões sobre alteração no número mínimo de procedimentos em saúde suplementar. 2011. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/fique-atento-as-noticias-relativas-a-ans-e-a-saude-suplementar/>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Planos de saúde: discrepância de valores. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 109, out/nov./dez. 2013, p. 09.

\_\_\_\_\_. **Totalização geral dos inscritos em atividade no Brasil.** 2014. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total\\_Geral\\_Brasil.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total_Geral_Brasil.pdf)>. Acesso em 27 jan. 2014.

CORDEIRO, H.A. *et al.* Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 129-151.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (Org.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p.

COVRE, E.; ALVES, S.L. **Planos Odontológicos**: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. 272p.

CRO/SP. Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. **Orientações ao Cirurgião-Dentista prestador de serviços às Operadoras de Planos de Saúde**. São Paulo: CRO/SP, 2010. 11p.

DAB/SAS/MS. **Sala de apoio à gestão estratégica do Ministério da Saúde**. Disponível em : <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em : 25 jan. 2014.

D'AVILA, S. *et al.* Assistência odontológica x planos de saúde: um estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.**, v. 7, n. 3, p. 259-263, set./dez. 2007.

DUARTE, R . Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n.115, p.139-154, mar 2002.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press, 1990. 248p.

EUROPEAN COMMISSION. **Eurobarometer 72.3**: Oral Health. Belgium: TNS Opinion & Social, 2010.112p. Disponível em: <[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2014.

FARIA, H.P.; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFGM - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FARIAS, L.O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados de assistência à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.



FINKLER, M.; CASTRO, R.G.; MELLO, A.L.S.F.; CAETANO, J.C. A relação público-privado na odontologia brasileira. **R. Saúde Públ.**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 91-112, jan./jul. 2009.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro; FIOCRUZ. 1994. 251p.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.

FREIRE, P.S. Planning and conducting an incremental dental program. **The Journal of the American Dental Association**, v. 68, n. 1, p. 199-205, fev. 1964.

FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.25-38, jan./abr. 2007.

GARBIN, D.; MATTEVI, G.S.; CARCERERI, D.L.; CAETANO, J.C. Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 441-452, fev. 2013.

GROISMAN, S.; MORAES, N.M.; CHAGAS, L.D.A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da ABOPREV II**, Rio de Janeiro, p. 2-9, maio 2005.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L. da S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. **J Bras. Odontopediatria. Odontol. Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev. 2003.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131p.

HEALTH CANADA. **Report on the findings of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey 2007-2009**. Ottawa, ON: Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2010. 124p.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 276p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 165p.

KRAVITZ, A. TREASURE, E. **Manual of Dental Practice**. The Council of European Dentists: 2009. Disponível em: <<http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918&>>. Acesso em 14 fev. 2013.

LAPPIS. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. **Modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado: relatório técnico**. Rio de Janeiro: LAPPIS, 2007. 195p.

LOUREIRO, C.A. A inversão da atenção em saúde bucal. In: MENDES, E.V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Ed Hucitec, 1998. p. 213-266.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. 2001. 437f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MALTA, D.C. *et al.* Os modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005. p. 161-202.

MALTA, D.C.; JORGE, A.O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008.

MANFREDINI, M. A. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2009. p. 17-29.

MANFREDINI, M. A. *et al.* Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.323-335, 2012.

MANSKI, R.J.; BROWN, E. Dental Procedures, United States, 1999 and 2009. Statistical Brief #368. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. Disponível em: <[http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st368/stat368.shtml](http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st368/stat368.shtml)>. Acesso em 3 maio 2013.

MARCHILDON, G.P. Canada: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 15, n.11, p.1-179, 2013.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. **Rev. Contab. Organ.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abr. 2008.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MCGUINN-SHAPIRO, M. Medicaid Coverage of Adult Dental Services. **State Health Policy Monitor**, Portland, ME, v. 2, n. 2, p. 1-6, out 2008. Disponível em: <http://nashp.org/sites/default/files/Adult%20Dental%20Monitor.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

MEDEIROS, U.V.; MIRANDA, M.S.D.F. O papel do auditor odontológico. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p.63-8, jan./jun. 2010.

MENESES, C. S. *et al.* Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan. 2013.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo 1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENICUCCI, T.M.G. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1400-03, out. 2008.

\_\_\_\_\_. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

MERHY, E.E; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo technoassistencial da política de saúde em defesa da vida. In: SANTOS, N.R.; MACHADO, A.B.P. (Org.). **Cadernos da 9a Conferência Nacional de Saúde**. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol. 1. Brasília: Cultura Gráfica e Editora, 1992. p. 91-96.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde. 2006. Disponível em:< [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao\\_produtiva\\_e\\_transicao\\_tecnologica\\_na\\_saude\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf) >. Acesso: em 10 jan. 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec. 1999. 269p.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.(Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MOYSÉS, S.J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 70-104.

\_\_\_\_\_. O mercado de Planos Odontológicos no Brasil. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 144-147, jun./jul. 2009.

MUSSI, D.S. **Saúde suplementar em odontologia: o caso de uma operadora de autogestão na cidade de Florianópolis**. 2010. 202f. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

\_\_\_\_\_. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BOGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

NUNES, M.F.; LELES, C.R.; GONÇALVES, M.M. Gênero e escolha por especialidades odontológicas: estudo com egressos de uma universidade pública. **Rev. Odontol. Bras. Central**, Goiás, v. 19, n. 49, p. 142-45, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01047914/2010/v19n49/a009.pdf>>. Acesso em: 13 dez 2013.

OCKE-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-50, ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 180p.

OECD. **Proposal for a taxonomy of health insurance**. OECD study on private health insurance. Paris: OECD, 2004. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2014.

OECD. **OECD Health Statistics 2013**. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/healthdata>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Laboratório de inovação na saúde suplementar**. Brasília, DF: OPAS, ANS, 2013. 84p.

OLIVEIRA, A.G.R.C. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

OLIVEIRA, R.; LEITE, V.S. Planos odontológicos desaceleram expansão. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 14 abr. 2009.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

\_\_\_\_\_. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-85.

\_\_\_\_\_. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

PAIM, J.S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 11-31, maio 2011.

PAIXÃO, Helena Heloísa. **A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião-Dentista**. 1979. 167f. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1979.

PERES, K.G. *et al.* Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 250-59, 2012.

PERES, M.A. *et al.* Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28(Supl.), p. 90-100, 2012.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health. **Programme Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, p. 3-24, 2003.

PIETROBON, L. **Planos de saúde: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista**. 2010. 141f. Tese (Doutorado em Odontologia), Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PIETROBON, L.; PRADO, M.L.; CAETANO, J.C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 767-83, 2008.

PIETROBON, L.; SILVA, C.M.; BATISTA, L.R.V.; CAETANO, J.C. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1589-1599, out. 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. Integralidade e saúde suplementar: uma experiência de pesquisa interdisciplinar e colaborativa. In: PEREIRA, R. C., SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009. p. 277-338.

PINTO, V.G. **A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnósticos e Caminhos a Seguir**. Brasília: Livraria e Editora Santos, 1993.192p.

RODRIGUES, P.H.A.; SANTOS, I.S. Saúde e proteção social. In: \_\_\_\_\_. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 5-39.

RONCALLI, AG. National oral health survey in 2010 shows a major decrease in dental caries in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2011, vol.27, n.1 pp. 4-5.



SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, p. 1431-1440, out. 2008.

SAUPE, R.; ALVES, E.D. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 60-67, abr. 2000.

SCATENA, M.A.N. O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do sistema único de saúde segundo período da contratação dos planos. 2004. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 127-68.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 156p.

SESTELO, J.A.F.; SOUZA, L.E.P.F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-66. maio 2013.

SHEIHAM, A.; WATT, R.G. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 28, p. 399-406, 2000.

SHOUT, D. *et al.* Modelo tecnoassistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência na região metropolitana de São Paulo: cardiologia e oncologia. In: PEREIRA, R. C., SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009. p. 119-72.

SILVA, G.G.A. Uma abordagem da antinomia “público x privado”: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.7-24, jan. /jun. 2006.

SOUZA, D.S. *et al.* A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 7-29, 2001.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-58.

SOUZA, E.R. *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

TEIXEIRA, C.F. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006. 237p.

THOMSON, S. *et al.* **International Profiles of Health Care Systems, 2012**. The Commonwealth Fund: 2012. 112p. Disponível em: <[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\\_Squires\\_intl\\_profiles\\_hlt\\_care\\_systems\\_2012.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2014.

TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

UNITED KINGDOM. Department of Health. **Self-care – a real choice**. Self-care support - a practical option. NHS, 2005, 12p. Disponível em: <[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101702.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2012.

VALADARES, P. CFO fortalece CDs nas negociações junto às operadoras de planos odontológicos. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 103, abr./mai./jun. 2012, p. 08-10.

VIANNA, S.M. PIOLA, S.F. ; OCKÉ-REIS, C.O. Gratuidade no sus: controvérsia em torno do co-pagamento. **Planejamento e políticas públicas**, n.17, jun. 1998.

VICTORA, C.G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 90-102, maio 2011.

VIEIRA, C.; COSTA, N.R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1579-1588, out. 2008.

VILELA, M.C. *et al.* Perfil e grau de satisfação profissional de cirurgiões-dentistas credenciados a uma operadora de planos odontológicos. **Braz Dent. Sci.**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 39-44, jan./jun. 2010.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effect. Clin. Pract.**, v. 1, n. 1, p. 2-4, ago./set. 1998.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A., ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**: odontopediatria do nascimento aos três anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. 1994. 84f. Tese (Doutorado em Odontologia Social), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

## APÊNDICES



**APÊNDICE A – Relação das operadoras selecionadas para a primeira fase da coleta de dados, setembro de 2012.**

<b>Operadora</b>	<b>Número de beneficiários</b>
301949-ODONTOPREV S/A	5456385
317501-INTERODONTO SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA	967912
310981-ODONTO EMPRESAS CONVENIOS DENTARIOS LTDA.	629864
334588-ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	564412
380041-PRODENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	553455
406481-METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	461734
304484-UNIODONTO DE CURITIBA COOPERATIVA ODONT	356502
350494-UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONT	297447
416631-SORRISO OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA	240564
389358-INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODON	221178
351563-SAUDE MED ODONTOLOGIA LTDA	219534
409197-GAMA ODONTO S/A.	199343
321991-DENTAL PLAN LTDA.	152082
358436-UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	133930
365319-SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA LTDA.	127689
368555-UNIODONTO COOPERATIVA DE TRABALHO ODONT	120247
410136-MAISODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	118935
357294-PREVDONTO ODONTO EMPRESA ASSISTÊNCIA ODONT	115335
310042-UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONT	110595
313751-UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	93980
414654-SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	89585
374440-PREVIDENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	79441
346004-UNIODONTO DE PIRACICABA COOPERATIVA DE TRAB.	73955
366439-UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONT	73046
342203-UNIODONTO DE SC COOPERATIVA ADMINISTRADORAS	71328
311391-UNIODONTO DE MANAUS COOPERATIVA ODONT	67526
361593-UNIODONTO PAULISTA	65476
335258-UNIODONTO DE FORTALEZA COOPERATIVA DE TRAB	60396

345318-UNIODONTO/RN COOPERATIVA ODONTOLOGICA	59620
321125-UNIODONTO MACEIÓ COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	54780
413127-ORAL BRASIL PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	53155
300195-UNIODONTO MACAÉ COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	50039
405604-SOESP-ODONTO SISTEMA ODONTOLÓGICO E SERVIÇO	48641
416801-SOU - ADMINISTRAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO	47610
351890-SOGELI PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	45133
389854-ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA.	44284
361569-UNIODONTO JOAO PESSOA - COOPERATIVA DE TRAB	43682
412350-GARCIA PEDROSA LTDA.	43614
414697-MAXI CARE ODONTOLOGIA EMPRESARIAL S.A.	40598
414701-SERVDONTO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONT	40165
344451-UNIODONTO REGIONAL COOP TRAB ODONTOLOGICO	39614
354741-MOGIDONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	38048
301591-DENTAL CENTER SERVIÇOS ODONTOLOGICOS S/C LTDA	36545
344583-FEDERAÇÃO DAS UNIODONTOS DO ESTADO DE MINAS	36457
417181-DENTAL NORTE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	36285
333239-SISTEMA PREVSAUDE LTDA	35775
414794-BUCAL HELP ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	35643
304441-J. & R. OPERADORA DE PLANOS ODONTOLOGICOS	34720
314315-UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL	34581
343404-UNIODONTO DE MATO GROSSO COOP TRAB ODONT	33949
415090-PROMED ODONTOLÓGICO LTDA	32386
416525-PRIMA VIDA ODONTOLOGIA DE GRUPO LTDA.	28974
417106-PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA FAUCHARD	28904
347604-UNIODONTO DE AMERICANA COOPERATIVA ODONT.	28355
417220-ASSOCIAÇÃO SERVIÇOS ODONT. DA INDÚSTRIA	27926
358339-UNIODONTO DO SUL GOIANO COOPERATIVA ODONT.	25333
415685-SAÚDE DENTAL BRASIL ASSISTÊNCIA ODONT.	24301
370568-UNIODONTO DE UBERABA - COOPERATIVA DE TRAB.	24128
363171-UNIODONTO SUL FLUMINENSE COOP DE TRAB ODONT	22515



334243-UNIODONTO DE SOROCABA COOPERATIVA DE TRAB.	21946
347795-UNIODONTO DE JUNDIAÍ COOPERATIVA ODONT.	21608
400386-ADCON - ADMINISTRADORA DE CONVENIOS ODONT.	21217
412996-J.A.R. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	20935
318230-UNIODONTO DO RIO DE JANEIRO COOPERATIVA ODONT.	20722
316997-UNIODONTO DE ARARAQUARA COOPERATIVA DE TRAB.	20422
300730-DENTAL GOLD ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	20352



**APÊNDICE B – Carta Explicativa 1ª etapa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
DOUTORADO - ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Fone/fax: (48) 37219531

E-mail: [cpgo@ccs.ufsc.br](mailto:cpgo@ccs.ufsc.br)

**Prezado (a) Sr(a)** \_\_\_\_\_  
**Representante oficial da Operadora** \_\_\_\_\_

Estamos entrando em contato em nome do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, onde desenvolvemos a pesquisa "MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL". O objetivo da pesquisa é conhecer como as operadoras de planos odontológicos no Brasil organizam a atenção em saúde bucal para seus beneficiários.

A partir dos resultados deste estudo pretende-se proporcionar benefícios à gestão das Operadoras, no sentido de oferecer subsídios para as relações com prestadores e beneficiários, bem como para o planejamento de ações futuras, a partir de um maior conhecimento sobre o modelo de atenção em saúde bucal praticado na saúde suplementar.

Devido à sua relevância no mercado de planos odontológicos brasileiro, a Operadora \_\_\_\_\_ foi selecionada para participar da pesquisa. Desta forma, gostaríamos de contar com a participação da Operadora, através do preenchimento do questionário que segue em anexo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o parecer 167.022 de 10 de dezembro de 2012 e, por não se tratar de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento, não prevê riscos no seu desenvolvimento. Ressalta-se a garantia de total anonimato e proteção da imagem dos sujeitos e empresas pesquisadas, tanto no decorrer da pesquisa, quanto na apresentação dos resultados, e em futuras

publicações decorrentes da tese. Além disto, o envio dos resultados às empresas participantes também está garantido, bastando para tanto sua solicitação.

Desta forma, pedimos que um representante da operadora preencha o questionário e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexados a esta mensagem, os quais devem ser digitalizados e devolvidos neste e-mail.

Devido aos prazos que temos que cumprir junto à Universidade, gostaríamos de receber estes dados no máximo até o dia 31-08-2013.

Agradecemos muito a compreensão e contamos com vossa colaboração. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato conosco pelos telefones (48) 3204-6763 e (48) 9914-2593 pelo e-mail [danigneumann@hotmail.com](mailto:danigneumann@hotmail.com) ou ainda pelo endereço: Av. Buriti, 620/404A, Itacorubi, Fpólis/SC 88034-500. Por gentileza, não deixe de participar!

*Atenciosamente,*  
*Daniela Garbin Neumann, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC*  
*Prof. Dr. João Carlos Caetano, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC*

## **APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 1ª etapa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
DOUTORADO - ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA  
Fone/fax: (48) 37219531  
E-mail: [cpg@ccs.ufsc.br](mailto:cpg@ccs.ufsc.br)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada “*Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil*”, conduzida por Daniela Garbin Neumann (RG 6.837.028, CPF 569.070.790-20), doutoranda em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e orientada pelo professor Dr. João Carlos Caetano, desta mesma universidade.

Estou ciente de que participarei de uma pesquisa que pretende conhecer como as operadoras de planos exclusivamente odontológicos organizam a atenção em saúde bucal para seus beneficiários. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios à gestão das operadoras pesquisadas, no sentido de oferecer subsídios para as relações com prestadores e beneficiários, bem como para o planejamento de ações futuras, a partir de um maior conhecimento sobre o modelo de atenção em saúde bucal praticado na saúde suplementar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (**parecer nº 167.022**) e não prevê riscos à minha saúde, por não se tratar de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. Contudo, frente ao possível desconforto moral decorrente da apresentação pública das informações coletadas e dos resultados, todos os cuidados referentes ao sigilo das informações e ao anonimato dos participantes serão tomados. Os resultados desta coleta de dados serão analisados globalmente, garantindo a

confidencialidade das respostas individuais.

Compreendo que a pesquisadora coletará dados através do preenchimento do questionário em anexo, os quais serão utilizados somente para os propósitos desta pesquisa, com total anonimato e proteção da imagem, minha e da empresa pela qual respondo nesta pesquisa, em todo e qualquer registro ou posterior divulgação de resultados e publicações da pesquisa. Estes dados serão coletados apenas por esta pesquisadora e ficarão sob sua posse e responsabilidade pelos cinco anos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A decisão em participar da pesquisa não foi condicionada pela anuência da Empresa/Operadora, a qual se manifesta também por este Termo. Minha participação é voluntária e sei que posso me negar a participar da pesquisa ou deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou à Empresa/Operadora pela qual respondo. Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo futuramente para mais informações ou para confirmá-las, bem como que a mesma, juntamente com seu orientador, se coloca à disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento. Declaro que manterei uma cópia deste Termo de Consentimento em minha posse.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Empresa/Operadora: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

Doutoranda: Daniela Garbin Neumann

E-mail: [danigneumann@hotmail.com](mailto:danigneumann@hotmail.com)

Telefones: (48) 3204-6763 e (48) 9914-2593

Orientador: Prof. Dr. João Carlos Caetano

E-mail: [caetano@saude.sc.gov.br](mailto:caetano@saude.sc.gov.br)

Telefones: (48) 3225-1209 e (48) 9119-2844

**Anuência da operadora**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, na condição de representante legal da Operadora \_\_\_\_\_ e objetivando atender as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, autorizo a realização de coleta de dados por meio de questionário nesta Empresa/Operadora, como parte da pesquisa intitulada *“Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil”* conduzida pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, Daniela Garbin Neumann, segundo os preceitos éticos emanados pela Resolução CNS 196/96. Declaro ainda que esta empresa tem condição para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.





**APÊNDICE D – Questionário****Dados de identificação da operadora**

- (a) Nome:
- (b) CNPJ:
- (c) Número de registro na ANS:
- (d) Abrangência (nacional, estadual, municipal):
- (e) Número de beneficiários:
- (f) Índice de desempenho da Saúde Suplementar (IDSS):

1. Os serviços assistenciais desta operadora são oferecidos através de:

- (a) Rede própria
- (b) Rede credenciada
- (c) Livre escolha

2. Os serviços de apoio diagnóstico desta operadora são oferecidos através de:

- (a) Rede própria
- (b) Rede credenciada
- (c) Livre escolha

3. A operadora possui instrumento(s) para informar como os beneficiários devem proceder nos agendamentos e atendimentos de consultas, realização de exames e urgência/emergência?

- (a) Manual de normas para utilização do plano
- (b) Catálogo de prestadores
- (c) Página na Internet
- (d) Call Center
- (e) Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_
- (f) Não possui.

4. Existe alguma parceria da operadora com entidades e instituições públicas ou privadas?

- (a) Sim
- (b) Não

5. Em caso afirmativo, com quais instituições/entidades?

---

---

6. Esta operadora adota normas para utilização dos serviços credenciados?
- (a) Sim
  - (b) Não
7. Em caso afirmativo, assinale a(s) norma(s) adotada(s) pela operadora para a utilização dos serviços credenciados pelos beneficiários.
- (a) Autorização prévia (utilização dos serviços condicionada à autorização)
  - (b) Auditoria odontológica
  - (c) Porta de entrada (ex.: dentista clínico geral)
  - (d) Direcionamento (utilização direcionada de prestador)
  - (e) Hierarquização da rede (encaminhamento por grau de complexidade)
  - (f) Coparticipação (parte efetivamente paga pelo consumidor referente à realização do procedimento)
  - (g) Franquia (valor estabelecido no contrato até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura)
  - (h) Outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_
8. No caso de direcionamento do beneficiário para determinado prestador, qual(is) o(s) critério(s) da operadora para este procedimento?
- (a) Escolha do beneficiário
  - (b) Localização geográfica
  - (c) Tipo de plano
  - (d) Custo do prestador
  - (e) Encaminhamento de outro profissional
  - (f) Prestador de maior procura pelos beneficiários
  - (g) Inserção do beneficiário em alguma linha de cuidado
  - (h) A operadora não adota o direcionamento.
9. Em situações de urgência e emergência odontológica a operadora utiliza algum mecanismo de regulação da utilização dos serviços assistenciais?
- (a) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
  - (b) Não.

10. Para a realização de exames complementares (radiografias, tomografias computadorizadas, etc.), o beneficiário necessita de:
- (a) Somente a solicitação do dentista
  - (b) Autorização prévia pela operadora
  - (c) Co-pagamento
  - (d) Auditoria odontológica
  - (e) Outro procedimento. Qual? \_\_\_\_\_
11. Esta operadora trabalha com protocolos clínicos?
- (a) Sim
  - (b) Não
12. Em caso afirmativo, estes protocolos se referem a qual(is) item(s):
- (a) Orientação da conduta do cirurgião-dentista
  - (b) Definição do tipo de procedimento autorizado
  - (c) Definição do número de procedimentos autorizados
  - (d) Definição do fluxo/referenciamento do beneficiário
  - (e) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
13. Se necessário um procedimento que não consta do protocolo clínico, ou se excede o número previsto para o mesmo, a conduta adotada é:
- (a) Não autorização
  - (b) Autorização prévia
  - (c) Autorização após análise do cirurgião-dentista auditor
  - (d) Co-pagamento
  - (e) Outra. Qual? \_\_\_\_\_
14. Como é definida a incorporação de alguma nova tecnologia ou procedimento?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
15. Existem divergências com os prestadores em relação aos procedimentos realizados?
- (a) Sim
  - (b) Não

16. Em caso afirmativo, quais as causas mais frequentes?
- (a) Volume de procedimentos que ultrapassa o limite estabelecido
  - (b) Procedimentos fora do protocolo ou da cobertura do plano
  - (c) Ausência de autorização prévia pela operadora
  - (d) Problemas no preenchimento de fichas, prontuários
  - (e) Outras. Quais? \_\_\_\_\_
17. Assinale o(s) critério(s) utilizado(s) para a seleção de prestadores para o credenciamento:
- (a) Disponibilidade do profissional no mercado
  - (b) Reputação do profissional
  - (c) Grau de especialização do profissional
  - (d) Indicação de outros profissionais ou de beneficiários
  - (e) Honorários odontológicos
  - (f) Perfil epidemiológico dos beneficiários
  - (g) Demanda da ANS
  - (h) Outros. Quais? \_\_\_\_\_
18. Assinale a forma de vinculação dos prestadores (profissionais, clínicas):
- (a) Contrato de prestação de serviço
  - (b) Referenciamento
  - (c) Prestador cooperado
  - (d) Assalariamento
  - (e) Outra. Qual? \_\_\_\_\_
19. A Operadora possui algum mecanismo para atualizar/ aperfeiçoar/ qualificar os profissionais?
- (a) Cursos
  - (b) Estímulo/incentivo a participação em Congressos, Jornadas
  - (c) Fórum de discussão virtuais
  - (d) Divulgação de artigos científicos
  - (e) Educação permanente
  - (f) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

20. A operadora faz acompanhamento de alguma patologia e/ou de beneficiários, como medida de regulação da utilização dos serviços assistenciais?
- (a) Não
  - (b) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_
21. Em caso afirmativo, como é feito esse acompanhamento?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
22. Existe algum acompanhamento de grupos de beneficiários especiais, visando a práticas de promoção da saúde?
- (a) Sim
  - (b) Não
23. Caso exista, assinale qual(is) grupo(s) recebe este acompanhamento:
- (a) Crianças
  - (b) Gestantes
  - (c) Adolescentes
  - (d) Idosos
  - (e) Hipertensos
  - (f) Diabéticos
  - (g) Outros grupos. Especificar: \_\_\_\_\_
24. Quais as políticas desenvolvidas pela operadora para a promoção da saúde?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
25. Além da cobertura mínima constante no rol de procedimentos da ANS, a operadora oferece algum outro benefício?
- (a) Sim
  - (b) Não
26. Caso ofereça, quais benefícios são estes?
- (a) Ortodontia
  - (b) Implantes
  - (c) Próteses que não constam no rol mínimo
  - (d) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

27. Existe sistema de informação na operadora?
- (a) Sim
  - (b) Não
28. Caso exista, com quais tipos de informação a empresa trabalha?
- (a) Cadastro dos beneficiários
  - (b) Prontuário eletrônico
  - (c) Cartão de saúde
  - (d) Registros epidemiológicos
  - (e) Outros. Quais? \_\_\_\_\_
29. Existe algum outro mecanismo de comunicação ou contato da operadora com o beneficiário?
- (a) Serviço de ouvidoria
  - (b) Serviço de atendimento telefônico
  - (c) Boletim informativo impresso ou em meio eletrônico
  - (d) Assembleia de beneficiários
  - (e) Envio de extrato de utilização
  - (f) Pesquisa de satisfação dos beneficiários
  - (g) Conselhos
  - (h) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
30. Quais as políticas da operadora para avaliar a qualidade dos serviços prestados?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
31. Quais as mudanças que o processo de regulamentação da saúde suplementar (Lei nº 9656/98, criação da ANS) acarretou na operadora?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
32. Existe alguma interface da operadora com o SUS? Como ela se dá? Já houve algum caso de ressarcimento ao SUS?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua participação!**

**APÊNDICE E – Carta Explicativa 2ª etapa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
DOUTORADO - ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Fone/fax: (48) 37219531

E-mail: [cpgo@ccs.ufsc.br](mailto:cpgo@ccs.ufsc.br)

**Prezado (a) Sr(a)** \_\_\_\_\_  
**Representante oficial da Operadora** \_\_\_\_\_

Agradecemos mais uma vez a colaboração da operadora na primeira fase da coleta de dados da pesquisa **"MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL"**.

Gostaríamos de convidá-los a participar da segunda fase deste estudo, na qual estão previstas visitas pessoais a apenas algumas operadoras selecionadas e entrevistas com alguns funcionários/gestores, sempre respeitando a autonomia e a liberdade de todos os sujeitos convidados a participarem da coleta de informações.. A participação da operadora será muito importante para esta fase de coleta de dados, na qual aprofundaremos nosso conhecimento sobre a estrutura e funcionamento das empresas pesquisadas.

Salientamos que trata-se de uma pesquisa científica aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o parecer 167.022 de 10 de dezembro de 2012. Reafirmamos o total anonimato e proteção da imagem dos participantes, tanto no decorrer da pesquisa, quanto na apresentação dos resultados, e em futuras publicações decorrentes da tese.

Desta forma, gostaríamos de verificar a possibilidade de agendar uma visita pessoal à operadora, na qual nos deslocaremos pessoalmente à sede da empresa, preferencialmente ainda no mês de **outubro**, pois temos prazos a cumprir junto ao Programa de Pós-Graduação da UFSC.

Agradecemos muito a compreensão e contamos com vossa colaboração. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato conosco pelos telefones (48) 3204-6763 e (48) 9914-2593, pelo e-mail [danigneumann@hotmail.com](mailto:danigneumann@hotmail.com) ou ainda pelo endereço: Av. Buriti, 620/404A, Itacorubi, Fpólis/SC 88034-500, a qualquer tempo.

*Daniela Garbin Neumann*, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC

*Prof. Dr. João Carlos Caetano*, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – UFSC



## **APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2ª etapa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
DOUTORADO - ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA  
Fone/fax: (48) 37219531  
E-mail: [cpg@ccs.ufsc.br](mailto:cpg@ccs.ufsc.br)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada “*Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil*”, conduzida por Daniela Garbin Neumann (RG 6.837.028, CPF 569.070.790-20), doutoranda em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e orientada pelo professor Dr. João Carlos Caetano, desta mesma universidade.

Estou ciente de que participarei de uma pesquisa que pretende conhecer como as operadoras de planos exclusivamente odontológicos organizam a atenção em saúde bucal para seus beneficiários. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios à gestão das operadoras pesquisadas, no sentido de oferecer subsídios para as relações com prestadores e beneficiários, bem como para o planejamento de ações futuras, a partir de um maior conhecimento sobre o modelo de atenção em saúde bucal praticado na saúde suplementar.

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 167.022, não prevê riscos à minha saúde, por não se tratar de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. Contudo, frente ao possível desconforto moral decorrente da presença da pesquisadora em campo e da apresentação pública das informações coletadas e dos resultados, todos os cuidados referentes ao sigilo das informações e ao anonimato dos participantes serão tomados. Os resultados desta coleta de dados serão

analisados globalmente, garantindo a confidencialidade das respostas individuais.

Compreendo que a pesquisadora coletará dados através de minha entrevista e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa. Sei que os dados obtidos serão gravados em gravador digital, regravados em computador e transcritos, mas que meu nome e o nome da empresa em que trabalho não aparecerão em qualquer registro ou posterior divulgação de resultados e publicações. Estes dados serão coletados apenas por esta pesquisadora e ficarão sob sua posse e responsabilidade pelos cinco anos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A decisão em participar da pesquisa não foi condicionada pela anuência da Empresa/Operadora, a qual se manifesta também por este Termo. Minha participação é voluntária e sei que posso me negar a participar da pesquisa ou deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou à Empresa/Operadora pela qual respondo. Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo futuramente para mais informações ou para confirmá-las, bem como que a mesma, juntamente com seu orientador, se coloca à disposição para qualquer dúvida ou esclarecimento. Declaro que mantereí uma cópia deste Termo de Consentimento em minha posse.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Empresa/Operadora: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

**Doutoranda:** Daniela Garbin Neumann

E-mail: [danigneumann@hotmail.com](mailto:danigneumann@hotmail.com)

Telefones: (48) 3204-6763 e (48) 9914-2593

**Orientador:** Prof. Dr. João Carlos Caetano

E-mail: [caetano@saude.sc.gov.br](mailto:caetano@saude.sc.gov.br)

Telefones: (48) 3225-1209 e (48) 9119-2844

**Anuência da operadora**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, na condição de representante legal da Operadora \_\_\_\_\_ e objetivando atender as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, autorizo a realização de coleta de dados por meio de entrevistas nesta Empresa/Operadora, como parte da pesquisa intitulada “*Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil*” conduzida pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, Daniela Garbin Neumann, segundo os preceitos éticos emanados pela Resolução CNS 196/96. Declaro ainda que esta empresa tem condição para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.



## **APÊNDICE G – Roteiro para a entrevista**

1. Fale-me um pouco sobre como funciona o seu setor de trabalho.
2. Com a criação da ANS e regulação da saúde suplementar no Brasil, houve um grande crescimento no setor de planos odontológicos. Então, como você vê esse crescimento do mercado?
3. E aqui nesta operadora, como é feita a captação de novos clientes?
4. E a remuneração dos prestadores (dentistas, clínicas), como funciona?
5. Como a criação da ANS interferiu na estrutura e organização da operadora? Como foi o processo de adaptação às novas regras e leis?
6. Na sua opinião, quais os desafios enfrentados atualmente no setor de planos odontológicos?
7. E sobre o papel da ANS, o que você pensa?
8. Falando um pouco sobre o relacionamento com os prestadores, a operadora trabalha com protocolos ou diretrizes clínicas? Com qual ou quais objetivos? Quem define estes protocolos?
9. Como é definida a incorporação de alguma nova tecnologia ou procedimento? Quem participa deste processo?
10. Existem algumas evidências de que quando os prestadores são remunerados pelos procedimentos que executam, há uma tendência ao excesso de procedimentos curativos e deficiência em ações de prevenção e promoção de saúde. O que você pensa sobre isso?
11. A ANS tem estimulado as operadoras a desenvolver projetos de promoção de saúde. Como você vê esta política da ANS? Quais as políticas e atividades de promoção da saúde nesta operadora?
12. E para a capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais (prestadores e colaboradores) existe alguma política? Como funciona?
13. Quais políticas a operadora adota para regular a qualidade dos serviços prestados?
14. Como você vê a política de qualificação da ANS?
15. Na sua opinião, existem mais semelhanças ou diferenças entre as ações desenvolvidas pela operadora e as ações de saúde bucal propostas pelo SUS (Sistema Único de Saúde)?



**APÊNDICE H: Lista de códigos utilizados na fase de categorização inicial dos dados qualitativos, gerada no ambiente do software Atlas.ti®.**

<i>Code</i>	<i>Created</i>
1. Auditoria: avaliação da qualidade	22/10/2013 15:33:00
2. Auditoria: controle de custos	18/11/2013 17:12:29
3. Auditoria: fiscalização dos prestadores	21/10/2013 15:37:35
4. Auditoria: orientação dos beneficiários	21/10/2013 15:39:19
5. Auditoria: processo	18/11/2013 16:44:15
6. Beneficiários: acolhimento	07/11/2013 16:29:57
7. Beneficiários: controle da utilização	22/10/2013 15:04:45
8. Beneficiários: fluxo e direcionamento	22/10/2013 15:35:52
9. Capacitação: colaboradores	12/11/2013 16:27:54
10. Capacitação: dificuldades	21/11/2013 17:30:00
11. Capacitação: prestadores	22/10/2013 15:26:01
12. Conflito auditor X operadora	18/11/2013 16:49:52
13. Conflito auditor X prestador	12/11/2013 14:28:35
14. Conflito operadora X ANS	07/11/2013 14:26:53
15. Conflito operadora X ANS: reajustes	07/11/2013 15:25:53
16. Conflito operadora X beneficiário	07/11/2013 14:24:02
17. Conflito operadora X prestador: fraudes	07/11/2013 15:14:38

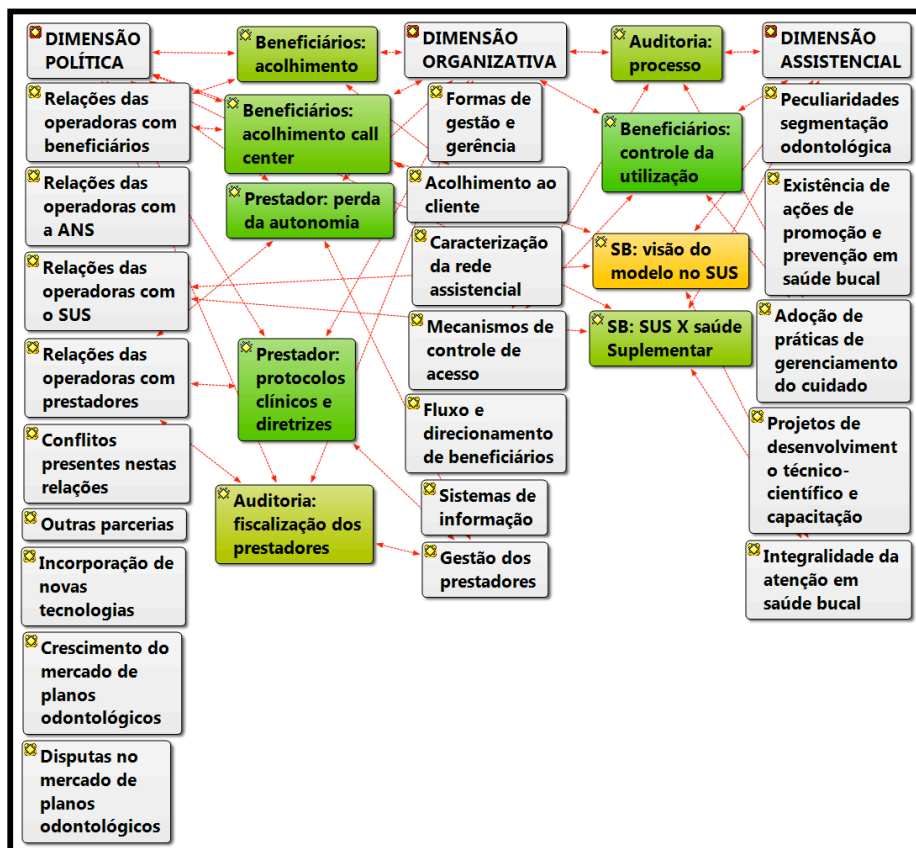
18. Conflito operadora X prestadores: interesses divergentes	11/11/2013 17:26:02
19. Cooperativa: peculiaridades	21/10/2013 14:56:46
20. Diferença planos médicos/odontológicos	23/10/2013 11:15:44
21. Educação em SB	22/10/2013 16:04:15
22. Exigência ANS	20/11/2013 15:17:22
23. Falta de prestadores de algumas especialidades	07/11/2013 15:43:12
24. Fator que contribui para o crescimento da odontologia na SS	21/10/2013 15:14:58
25. Foco em planos coletivos	21/10/2013 11:31:06
26. Gerenciamento do cuidado	07/11/2013 15:46:24
27. Integralidade da atenção	07/11/2013 16:53:56
28. Judicialização da prestação de serviços	21/10/2013 15:24:25
29. Maior acesso da população aos planos	19/11/2013 15:15:13
30. Mercado: concentração	21/10/2013 11:52:10
31. Mercado: crescimento	08/11/2013 10:11:17
32. Mercado: disputas	07/11/2013 13:48:44
33. Modelo de atenção	23/10/2013 12:00:43
34. Modelo de atenção: comparação com outros países	13/11/2013 13:32:15
35. Operadora: abrangência	07/11/2013 13:38:38
36. Operadora: estrutura organizacional	11/11/2013 16:39:45



37. Operadora: lucratividade e sinistralidade	21/10/2013 15:08:33
38. Operadora: microrregulação	02/12/2013 11:38:01
39. Operadora: parcerias	11/11/2013 16:46:09
40. Operadora: preço dos planos	21/10/2013 11:27:57
41. Operadora: sistema de comercialização dos planos	21/10/2013 11:25:06
42. Prestador: gerenciamento do trabalho	07/11/2013 14:47:44
43. Prestador: não é valorizado	21/11/2013 10:48:13
44. Prestador: não se comunica com ANS	21/10/2013 15:36:18
45. Prestador: perda da autonomia	19/11/2013 15:13:28
46. Prestador: protocolos clínicos e diretrizes	18/11/2013 16:06:57
47. Prestador: relação com a operadora	07/11/2013 16:12:16
48. Prestador: remuneração	21/10/2013 17:11:32
49. Prevenção e promoção da saúde na SS: dificuldades	22/10/2013 15:22:19
50. Prevenção: ações	07/11/2013 15:45:21
51. Prevenção: para redução de custos	21/10/2013 17:27:23
52. Qualidade: avaliação pelo IDSS	07/11/2013 16:33:23
53. Qualidade: falta clareza no IDSS	22/10/2013 15:44:25
54. Qualidade: visão técnica	12/11/2013 17:07:17
55. Regulação e ANS: antes	21/10/2013 11:41:20

56. Regulação e ANS: depois	21/10/2013 15:17:23
57. Regulação financeira das operadoras	21/10/2013 11:46:32
58. Regulação: compara com outros países	12/11/2013 14:34:50
59. Ressarcimento ao SUS	12/11/2013 16:53:35
60. Rol de procedimentos: consequências implantação	18/11/2013 16:53:40
61. Rol de procedimentos: discordância	21/10/2013 15:26:58
62. SB: falta de acesso no SUS	21/10/2013 15:13:47
63. SB: falta de acesso pelo custo	14/11/2013 11:27:57
64. SB: <i>mix</i> público-privado	12/11/2013 16:38:15
65. SB: SUS X saúde Suplementar	22/10/2013 15:51:29
66. SB: visão do modelo no SUS	22/10/2013 15:50:05
67. Seleção adversa	23/10/2013 11:15:27
68. Sistemas de informação: orçamento	12/11/2013 17:12:13
69. Sistemas de informação: relação com prestadores	28/11/2013 11:04:24
70. Sobretratamento~	18/11/2013 16:56:53
71. Trabalho social	22/10/2013 16:02:04
72. Vínculo prestador-operadora: formas	07/11/2013 14:04:25
73. Vínculo profissional-paciente na SS	22/10/2013 15:55:55

**APÊNDICE I: Reordenação dos códigos em categorias iniciais (componentes) e centrais (dimensões), no ambiente do software Atlas.ti® (apenas alguns códigos aparecem como exemplo).**





**ANEXOS**



**ANEXO 1. Relação das operadoras exclusivamente odontológicas em atividade no Brasil, em ordem decrescente de beneficiários, junho de 2012.**

<b>Operadora</b>	<b>Nº Beneficiários</b>
301949-ODONTOPREV S/A	5456385
317501-INTERODONTO SISTEMA DE SAÚDE DONTOLÓGICA	967912
310981-ODONTO EMPRESAS CONVENIOS DENTARIOS LTDA	629864
334588-ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	564412
380041-PRODENT - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	553455
406481-METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	461734
304484-UNIODONTO DE CURITIBA COOPERATIVA ODONT.	356502
350494-UNIODONTO DE CAMPINAS COOPERATIVA ODONT.	297447
416631-SORRISO OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA	240564
389358-INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA ODONT.	221178
351563-SAUDE MED ODONTOLOGIA LTDA	219534
409197-GAMA ODONTO S/A.	199343
321991-DENTAL PLAN LTDA.	152082
358436-UNIODONTO GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO	133930
365319-SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA LTDA.	127689
368555-UNIODONTO COOPERATIVA DE TRABALHO ODONT.	120247
410136-MAISODONTO ASSISTÊNCIA ODONTÓLOGICA LTDA.	118935
357294-PREVDONTO ODONTO EMPRESA ASSIST. ODONT.	115335
310042-UNIODONTO DE SÃO PAULO COOPERATIVA ODONT.	110595
313751-UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS COOP.	93980
414654-SEMPRE ODONTO PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	89585
374440-PREVIDENT ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	79441
346004-UNIODONTO DE PIRACICABA COOP. DE TRAB.	73955
366439-UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONT.	73046
342203-UNIODONTO DE SC COOPERATIVA ADMINIST.	71328
311391-UNIODONTO DE MANAUS - COOPERATIVA ODONT	67526
361593-UNIODONTO PAULISTA-FEDERAÇÃO DAS COOP.	65476
335258-UNIODONTO DE FORTALEZA	60396
345318-UNIODONTO/RN COOPERATIVA ODONTOLOGICA	59620

321125-UNIODONTO MACEIÓ COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	54780
413127-ORAL BRASIL PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	53155
300195-UNIODONTO MACAÉ COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	50039
405604-SOESP-ODONTO SISTEMA ODONTOLÓGICO E SERVIÇO	48641
416801-SOU - ADMINISTRAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO	47610
351890-SOGELI PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	45133
389854-ODONTOGROUP SISTEMA DE SAÚDE LTDA.	44284
361569-UNIODONTO JOAO PESSOA COOPERATIVA DE TRAB	43682
412350-GARCIA PEDROSA LTDA.	43614
414697-MAXI CARE ODONTOLOGIA EMPRESARIAL S.A.	40598
414701-SERVODONTO - PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONT.	40165
344451-UNIODONTO REGIONAL COOP TRAB ODONT.	39614
354741-MOGIDONTO PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	38048
301591-DENTAL CENTER SERVIÇOS ODONTOLOGICOS LTDA.	36545
344583-FEDERAÇÃO DAS UNIODONTOS DO ESTADO DE MINAS	36457
417181-DENTAL NORTE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	36285
333239-SISTEMA PREVSAUDE LTDA	35775
414794-BUCAL HELP ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	35643
304441-J. & R. OPERADORA DE PLANOS ODONTOLOGICOS S	34720
314315-UNIODONTO DO BRASIL CENTRAL	34581
343404-UNIODONTO DE MATO GROSSO COOP TRAB ODONTOLO	33949
415090-PROMED ODONTOLÓGICO LTDA	32386
416525-PRIMA VIDA ODONTOLOGIA DE GRUPO LIMITADA	28974
417106-PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA FAUCHARD	28904
347604-UNIODONTO DE AMERICANA COOPERATIVA ODONT.	28355
417220-ASSOCIAÇÃO SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA IND.	27926
358339-UNIODONTO DO SUL GOIANO COOPERATIVA ODONT.	25333
415685-SAÚDE DENTAL BRASIL ASSISTÊNCIA ODONT.	24301
370568-UNIODONTO DE UBERABA COOPERATIVA DE TRABA	24128
363171-UNIODONTO SUL FLUMINENSE COOP DE TRAB ODONT	22515
334243-UNIODONTO DE SOROCABA COOPERATIVA DE TRABAL	21946



347795-UNIODONTO DE JUNDIAÍ COOPERATIVA ODONTOLÓGI	21608
400386-ADCON - ADMINISTRADORA DE CONVENIOS ODONTOL	21217
412996-J.A.R. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	20935
318230-UNIODONTO DO RIO DE JANEIRO COOPERATIVA ODO	20722
316997-UNIODONTO DE ARARAQUARA COOPERATIVA DE TRAB	20422
300730-DENTAL GOLD ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	20352
359394-INTEGRAL SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	19839
336874-ATEMDE ODONTO SAÚDE CLUBE DE BENEFÍCIOS	19552
306347-ABS-ASSISTÊNCIA BUCAL SERVIÇOS S/C LTDA.	19532
413747-DENTAL MASTER LTDA.	19348
413429-UNIDENTIS ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	19298
415537-GRUPO ODONTOLOGICO IPIRANGA RIBEIRÃO PRETO	18866
365785-COOP. ODONTOLÓGICA DO ESTADO DO AMAPÁ	18862
401463-DENTALMASTER COMÉRCIO DE PLANOS ODONT.	18548
348350-UNIODONTO LESTE FLUMINENSE COOPERATIVA DE T	18495
373109-UNIODONTO DE SERTAOZINHO SP COOPERATIVA ODO	18205
322890-DENTAL-PAR - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EMPRE	17910
353752-UNIODONTO COOP ODONT VALE TAQUARI E RIO PAR	17435
406121-UNIODONTO - RESENDE COOPERATIVA ODONTOLOGIC	17257
411124-APO-ASSISTÊNCIA PERSONALIZADA ODONTOLÓGICA	16975
415626-FEDERAÇÃO DAS COOP ODONTOLÓGICAS DO ESTADO	16442
339458-DENTAL CENTER LTDA	15999
320960-COIFE ODONTO - PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	15833
335525-UNIODONTO DE SÃO CARLOS COOP. TRABALHO ODON	15486
383929-UNIODONTO ILHÉUS - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	15238
304034-ORAL ODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	15221
327867-DENTIÇÃO CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA	15101
411558-UNIDOCTOR ADMINISTRADORA DE CONVÊNIOS LTDA	14798
354686-UNIODONTO DE CATANDUVA COOPERATIVA ODONT.	14793
349291-CENTRO DE ESTUDOS E DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGIC	14307
413933-UNIDASODONTO PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLOG	14075

347302-UNIODONTO DE CACAPAVA COOPERATIVA ODONTOLOG	14022
352152-ARM ODONTOLOGIA LTDA.	13971
403458-PLENODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/C LTD	12971
354821-UNIODONTO DE MARILIA COOPERATIVA DE TRABALH	12889
303259-UNIODONTO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - COOPERATI	12850
416363-RIBEIRO & SILVA PLANO ODONTOLÓGICO LTDA EPP	12829
340227-L.K.L PLANO ODONTOLÓGICA LTDA	12627
350770-UNIODONTO DE LONDRINA COOP. ODONTOLÓGICA	12426
314366-DENTAL PLUS CONVÊNIO ODONTOLÓGICO LTDA.	12134
414981-INSTITUTO DE ODONTOLOGIA DO MARANHÃO DR. LU	12077
319350-UNIODONTO TAUBATÉ COOPERATIVA DE TRABALHO O	11935
370711-UNIODONTO SUL CAPIXABA COOPERATIVA ODONTOLO	11844
365297-ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA LTDA	11828
403300-ORALGOLD PLANOS ODONTOLÓGICOS S.A	11822
411892-PLAMEB - PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA	11804
409791-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA POÇOS DE CALDAS	11451
301647-UNIODONTO DE FERNANDOPOLIS COOPERATIVA ODON	11314
382655-UNIODONTO VALE HISTORICO COOPERATIVA ODONTO	11270
350630-UNIODONTO DE VOTUPORANGA COOP. ODONT.	11000
381144-UNIODONTO MARINGA COOPERATIVA ODONTOLOGICA	10876
416193-TOP DOCTOR'S ODONTOLOGIA LTDA	10821
362352-ORAL MED PARANÁ-CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA	10756
343056-UNIODONTO DE JACAREÍ - COOPERATIVA ODONTOLO	10752
308277-UNIODONTO VITÓRIA - COOPERATIVA DE TRABALHO	10718
401609-PREV SYSTEM LTDA.	10536
347183-UNIODONTO DE CAMPO GRANDE SIST. NAC. COOP.	10482
402516-UNIODONTO DE CAMPOS - COOPERATIVA ODONTOLOG	10472
314871-UNIODONTO SUDOESTE GOIANO - COOPERATIVA DE	10228
341894-UNIODONTO FRONTEIRA OESTE/RS COOPERATIVA OD	10218
315818-UNIODONTO PONTA GROSSA COOPERATIVA ODONTOLO	10084
367966-UNIODONTO RIO GRANDE-LITORAL COOPERATIVA OD	10079

400556-UNIODONTO DE FEIRA DE SANTANA - COOPERATIVA	9938
415987-PLANO VIDA SAUDE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTD	9891
413941-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA ODONTO	9821
397245-CROWN ODONTOLOGIA DE GRUPO LTDA	9571
369462-UNIODONTO DE LIMEIRA COOPERATIVA ODONTOLÓGI	9527
402010-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA REGIÃO SUL DA BAHIA	9445
356301-BAHIAODONTO PLANO ODONTOLÓGICO DA BAHIA LTD	9419
417131-QUALIDONTO - QUALIDADE EM ODONTOLOGIA LTDA	9316
351351-RIBEIRÃO MULTI-ODONTO LTDA	9247
413283-AESP ODONTO ASSISTENCIA EM SAO PAULO DE ODO	8979
412040-ODONTOREAL LTDA.	8959
403245-SOPREVI SERVIÇO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO INT	8957
305421-UNIODONTO RS FEDERACAO DAS UNIODONTOS DO RG	8806
349011-UNIODONTO DE RIO CLARO COOPERATIVA ODONTOLO	8098
402095-SITO - SISTEMA INTEGRADO DE TRATAMENTO ODON	8054
331104-UNIODONTO DE PINDAMONHANGABA COOP ODONT.	7878
416614-ODONTOLÓGICA SERVIÇOS DE SAÚDE ORAL LTDA	7817
316695-UNIODONTO DO ABC COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	7719
340120-UNIODONTO DE JABOTICABAL COOPERATIVA ODONTO	7698
303291-UNIODONTO MOSSORÓ - COOPERATIVA DOS CIRURGI	7411
407941-MARKI ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA - EPP	7343
402125-SPECIAL ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	7324
401072-UNIDENTAL- COOPERATIVA UNIÃO DOS DENTISTAS	7198
335410-PREV ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	6964
404594-TK PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA S/C LT	6946
333620-DENTAL-MED ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA S/S LTD	6942
306193-UNIODONTO DE BRAGANÇA PAULISTA COOP DE TRAB	6629
347477-UNIODONTO DE BOTUCATU COOPERATIVA ODONT.	6628
327093-UNIODONTO DE BEBEDOURO - COOPERATIVA DE TRAB.	6626
415243-RODRIGUES LEIRA ODONTOLOGIA LTDA.	6621
414557-IDENTAL ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	6533

310107-UNIODONTO DE SALVADOR - COOPERATIVA DE TRAB	6507
415545-PERSONAL DOCTOR ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LT	6450
311669-UNIODONTO DE AVARE COOPERATIVA ODONT.	6338
414387-ODONTOART PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	6225
403512-UNIODONTO ARAPIRACA COOPERATIVA DE TRABALHO	6115
411701-UNIODONTO DE NOVA IGUAÇU COOPERATIVA ODONTO	6105
404365-O.S ODONTOLÓGICA LTDA.	5948
336025-UNIODONTO DE RONDONIA COOPERATIVA LTDA.	5894
315770-UNIODONTO DE CRUZ ALTA- COOPERATIVA ODONTOL	5767
416908-DENTALPLAN PLANOS DE ASSISTENCIA ODONTOLOGI	5688
359866-NUCLEO ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA	5596
416487-DENT PREV ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LTDA	5582
358240-IDEAL SAÚDE PLANO DE ASSIST. MÉDICA E ODONT	5406
401781-PAULIDENT ODONTOLOGIA S/C LTDA	5198
378348-ODONTO HEALTH - ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA LT	5195
360686-UNIODONTO DE LENÇÓIS PAULISTA COOPERATIVA O	5192
312321-ODONTO JARAGUÁ LTDA	5188
401757-CLINICA ODONTO LTDA	5126
344681-UNIODONTO DE LINS COOPERATIVA ODONTOLOGICA	5028
407241-COOP-ODONTOCLASSIC - COOPERATIVA DE TRABALH	5020
400572-COOPERATIVA EVIDENTE - COOPERATIVA DE TRABA	5018
336017-UNIODONTO DE PRESIDENTE PRUDENTE COOPERATIV	4945
410071-CLINICA ODONTOLOGICA ODONTOPLAN LTDA	4883
413666-ODONTO FAMA LTDA	4881
378682-UNIODONTO DE SAO JOSE DO RIO PARDO - COOPER	4859
407291-UNIOPREV COOPERATIVA DE TRABALHO ODONT.	4847
413402-ODONTO SAUDE LTDA	4766
361038-DENTALSHOW ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	4760
342335-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DE GARANHUNS E AGR	4751
353892-COOPERCISO CENTRO INTEGRADO DE SERVIÇO ODON	4676
351113-DENT-SERVICE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA INTER	4399

401919-UNIODONTO LEOPOLDINA - COOPERATIVA DE TRABA	4360
417971-LIS DENTAL LTDA	4292
362735-COOPERATIVA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE FA	4166
416665-ORTOVIDE CLÍNICA ORTODÔNTICA LTDA	4091
300365-METODONT - ASSISTÊNCIA ODONTOLOGICA LTDA	4066
400882-ÁPICE ODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	4028
401277-UNIDENTAL COOPERATIVA UNIAO DOS DENTISTAS D	3987
382337-UNIODONTO DUQUE DE CAXIAS COOPERATIVA DE TR	3937
336238-UNIODONTO DE MONTE ALTO COOPERATIVA ODONT.	3901
362824-UNIODONTO DE ARAÇATUBA COOPERATIVA ODONT.	3894
344486-ODONTOBASE PLANOS DE SAUDE LTDA.	3844
416754-NÚCLEO ODONTOLÓGICO E PLANO DE ASSIST ODONT.	3796
415812-COJUN CENTRO ODONTOLOGICO JUNDIAI LTDA.	3788
312525-INTERDENTAL ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA.	3731
404942-UNIFICAÇÃO DOS DENTISTAS DE ITUVERAVA LTDA	3674
330841-ODONTOCAMP ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	3635
329967-MATTOS ODONTOLOGIA LTDA	3596
416215-JLM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	3585
401595-ORAL FLEX CONVÊNIO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	3388
327441-UNIODONTO JUIZ DE FORA SOC. COOP.TRAB.ODONT	3371
332950-CISOPAR - CENTRO INTEGRADO DE SAUDE ORAL PA	3362
415677-ARCADA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	3350
404306-ODONTOPLAN ODONTOLOGIA PLANEJADA S/C LTDA	3319
313891-ODONTOPAM ASSISTENCIA MÉDICA E ODONTOLOGICA	3300
416941-SAUDE BUCAL - OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓG	3250
305740-UNIODONTO DE RECIFE - COOPERATIVA DE TRABAL	3237
413348-UNIVERSAL PLANO ODONTOLOGICO LTDA	3179
415502-ODONTO MÉDICA LTDA. ME	3161
414182-CLÍNICA ODONTOLÓGICA MAXIDENTE LTDA.	3071
401871-CEORP - CENTRO ODONTOLOGICO S/C LTDA	3070
314757-CENTRO ODONTOLOGICO INTEGRADO	3039

408565-UNIDOONTO TERESÓPOLIS - COOPERATIVA ODONTO	3029
408603-SEDEG ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	3023
408271-ODMED SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	3000
343919-UNIODONTO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DO SERID	2979
410543-SADEN SAÚDE DENTAL LTDA.	2976
414808-ODONTO SAÚDE SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA LTDA.	2933
414425-DENTSY ODONTOLOGIA S/C LTDA.	2921
403865-SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE ORAL LTDA-EPP.	2882
416207-COORE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/C LTDA - M	2876
349283-UNIODONTO DE ARACAJU COOP DE TRABALHO ODONT	2864
359726-UNIODONTO TRÊS RIOS - COOPERATIVA ODONTOLÓG	2837
403997-UNIODONTO DE RIO BRANCO ACRE COOPERATIVA OD	2826
415952-CDA - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA - EPP	2759
313807-UNIODONTO DE DOURADOS COOPERATIVA DE TRABAL	2758
378941-UNIODONTO DE PIRASSUNUNGA COOPERATIVA DE TR	2757
404748-SISTEMA ODONTOLOGICO DE SAUDE LTDA.	2742
322393-PLAN ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	2718
307696-UNIODONTO DE BARRETOS - COOPERATIVA ODONTOL	2709
417114-TOPDONTO OPERADORA DE PLANO ODONTOLÓGICO LT	2708
415260-ISODONT - INSTITUTO DE SAÚDE ODONTOLÓGICA L	2677
334774-UNIODONTO PETRÓPOLIS - COOP.TRAB.ODONTOLÓGI	2621
386219-DENTAL CARE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	2614
359459-COOPERATIVA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DO EST	2571
332992-SADI - SERVIÇO DE ASSIST. DENTARIA A INDUST	2559
405973-ODONTO CORPUS S/S LTDA.	2543
414921-ORAL COMPANY ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	2534
416959-CUNHA ODONTOLOGIA LTDA	2445
384844-PREST ODONTO LTDA	2441
353477-COOPERATIVA ODONTOLÓGICA VALE DO CAÍ LTDA -	2419
410420-PREV-DONT ODONTOLOGICA LTDA.	2395
309257-UNIODONTO DE JALES - COOPERATIVA ODONTOLÓGI	2278

402150-PRODONTO ODONTOLOGIA LTDA	2218
368181-CROE - CENTRO DE REABILITACAO ORAL ESPECIAL	2160
415383-DENTAL PREVIDÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	2147
317772-UNIODONTO ITAPERUNA - COOPERATIVA DE TRABAL	2141
416410-SOCIODONTO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGIC	2098
351628-WM ADMINISTRAÇÃO DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LT	1995
324710-SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA SOCIAL	1958
416274-BUCAL LIGHT - PLANOS E SERVIÇOS ODONTOLÓGIC	1950
415146-DENTE CROSS LTDA.	1937
414891-UNIODONTO - COOPERATIVA ODONTOLOGICA DE CAR	1928
416461-ODONTOLOGYC SYSTEM CONVÊNIO ODONTOLOGICO	1916
401382-ODONTOCARD CLÍNICA DE ASSIST.E SERVIÇOS ODO	1887
406104-SORRI-SEMPRE - PLANOS ODONTOLÓGICOS. LTDA.	1876
415821-ROPE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA S/S LTDA.	1792
335568-COPI - CENTRO ODONTOLÓGICO PITANGUEIRAS LTD	1760
405582-VIP ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	1758
323632-UNIODONTO COOPERATIVA TRABALHO ODONT.	1705
413810-CLINICA E ASSISTENCIA ODONTOLOGICA GREEN CA	1697
369616-UNIODONTO DE SÃO LUIS - COOP. DOS C. D. DO	1679
301213-SER ÚNICO - PLANOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA.	1673
418242-UNIODONTO DE RORAIMA - COOPERATIVA DE TRABA	1626
344095-SISDENTE - SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DENTA	1606
350290-UNIODONTO DE TAQUARITINGA COOPERATIVA ODONT	1586
366510-ORAL SAÚDE DE IBITINGA SERVIÇOS ODONTOLÓGIC	1579
403636-PREVINA ODONTOLOGIA LTDA	1573
319236-UNIODONTO DE JATAÍ COOPERATIVA ODONTOLOGICA	1552
405248-FREE DENT PLANOS ODONTÓLOGICOS LTDA	1548
405671-ODONTO PLUS CONVENIO ODONTOLOGICO SOCIEDADE	1547
411728-PROI - PLANO RACIONAL DE ODONTOLOGIA INTEGR	1531
416355-ODONTOPLAN ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	1495
408379-COP-COMPANHIA ODONTOLOGICA PAULISTA S/C LTD	1483

411698-UNIODONTO ERECHIM - COOPERATIVA DE TRABALHO	1476
416240-INVEST ORAL PLANO ODONTOLÓGICO LTDA.	1412
406295-UNIODONTO VALE DO SINOS COOPERATIVA ODONTOL	1374
402214-ODONTOBET LTDA	1346
416878-SÓ ODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	1304
414727-S & M ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA	1289
415057-NEWKLIN ODONTOCLÍNICA LTDA. ME.	1288
414662-DENTIS SANUS ODONTOLOGIA DE GRUPO LTDA.	1279
413011-MAC DENTAL SERVIÇOS ODONTOLOGICOS LTDA	1246
412830-PREVODOCTOR OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE	1171
400106-PRÓ ODONTO ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA	1162
317462-UNIODONTO DO PIAUI - COOP. DE TRAB. ODONTOL	1147
412601-UNIODONTO PIRAQUEAÇU - COOPERATIVA ODONTOLÓ	1099
416266-SITTO - SISTEMA INTEGRADO DE TRATAMENTO ODO	1093
415332-INÁCIO E SPANGHERO LTDA	1053
416371-ORION PLANOS E SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	1050
404225-COTAR CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA.	1014
402109-UNIODONTO DE PAULO AFONSO - COOPERATIVA ODO	992
416142-OPSFELDER ASSESSORIA S/S LTDA	974
405931-CONSTRUDENTE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA	970
416151-PRUDENT PLANOS ODONTOLOGICOS S/S LTDA	938
413593-AMARAL & RAYMUNDINI S/C LTDA.	914
370339-MASTER PLUS ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	910
356956-PRO MASTER ASSISTENCIA ODONTOLOGICA S/C LTD	900
415804-DENTAL PLAN - PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓ	865
416347-ODONTO QUALIT SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	851
417831-ODONTO MIX ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA S/S LTD	845
415171-SAÚDE É TUDO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	828
415936-PLANO ODONTO MINAS LTDA.	820
412937-ODONTOCLEAR PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	819
344818-A.I.S. - ASSISTENCIA ODONTOLOGICA REUNIDA	642



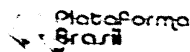
379557-ORAL SAÚDE DE VOTUPORANGA SERVIÇO ODONT.	637
415871-SOLIMEO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.	630
402427-INSTITUTO DE ODONTOLOGIA BARBIN S/C LTDA	583
411426-CENTRO DE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO ODONTOLO	567
406171-ODONTOPLASA ADM.EM SAUDE SOCIEDADE EMPRESA	535
414883-INSTITUTO ASSISTENCIAL MEDICO E ODONTOLÓGIC	522
403873-SISTEMA ODONTOLOGICO INTEGRADO LTDA.	490
301850-ODONTODHAN OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA.	482
300951-ORAL HEALTH SISTEMA INTEGRADO DE ASSISTÊNCI	463
416088-PLUS ODONTO WORLD ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	449
410951-COOPERATIVA ODONTOLOGICA LTDA.	437
407682-ATM DIAGNOSTICO E SAUDE DENTAL LTDA	424
417840-COOPERATIVA NOVODENTE LTDA	423
416827-LIMA - PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO LTDA	410
415961-ODONTRAT ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	404
408701-UNICA COOPERATIVA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGI	403
412465-ODONTO SAÚDE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICA LT	372
311693-ORAL SAÚDE CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA.	365
411655-ORAL PREMIUM S/S LTDA	351
409758-BIODENTE CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA.	341
415065-PROSORRIR - PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA	308
416797-CLÍNICA ODONTOLÓGICA SASSO SOCIEDADE SIMPLE	275
310859-PRODENTE - PLANO DE SAUDE ODONTOLÓGICO LTDA	238
339008-INCREMENTAL ODONTOLOGIA S/S LTDA.	235
417874-MARTINS & MESTRINER SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	226
415669-ODONTOCLIN CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	212
323870-DENTSÃO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	192
417521-MOINHOS DE VENTO PLANOS DE SAÚDE LTDA	155
417203-SP FRIGO ODONTOLOGIA LTDA	143
347272-DENTAL SEGUROS LTDA	132
415120-R R ODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLOGICA LTDA	126

407704-S.S. - SORRISO SAÚDE LTDA.	118
416380-S SHIMODA ASSISTENCIA ODONTOLOGICA S/S LTDA	117
405761-PRONTO SERVICE SERVICOS DE SAUDE LTDA.	116
416291-M. A. VALVERDE & SANTOS LTDA.	113
416053-ODONTOMAR LTDA.	105
417009-YES ODONTOLOGIA LTDA	101
416517-PLANODENTE LTDA.	100
373788-W.B.DELLA GRACIA LTDA	85
416177-UNIODONTO-NORDESTE, CENTRAL REGIONAL DAS CO	84
313165-ODONTOCLIN SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	78
404772-INSISO INSTITUTO INTEGRADO DE SAUDE ODONTOL	66
340219-OM OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊN	65
414468-O. T. PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.	49
412627-NEOCLINIC ODONTOLOGIA LTDA	40
418200-ODONTOVIDA LTDA ME	32
417700-BACCIN BONONI ODONTOLOGIA LTDA	29
371891-GARDEN GESTÃO DE ASSISTÊNCIA E REABILITAÇÃO	26
417068-ODONTOFACE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE ODO	26
413879-AGTEC COMERCIAL E SERVIÇOS LTDA.	19
417017-EVO SAUDE ODONTOLOGICA S/S	18
416592-RIZZO ODONTOLOGIA LTDA.	14
414841-ODONTO TIME ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA	12
415596-SORRIDONTO ODONTOLOGIA LTDA	8
347132-SEMECO SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	5
416037-ODONTSAMPT ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA	4
413763-A S ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA.	3
407437-ODONTOLÓGICA CLINICA DENTÁRIA S/S LTDA.	2
414336-ODONTOASSIST ASSISTENCIA ODONTOLOGICA S/C L	2
405060-ODONTOCAP SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS S/S LTDA.	1
417815-SUL AMÉRICA ODONTOLÓGICO S/A	1

**Fonte: ANS TabNet.**

## Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO

**Pesquisador:** JOAO CARLOS CAETANO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 08181212.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 167.022

**Data da Relatoria:** 10/12/2012

#### Apresentação do Projeto:

O projeto "MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL" visa obtenção do título de Doutor, no Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Trata-se de um estudo de caso exploratório descritivo com abordagem quanti/qualitativa. Os dados serão coletados junto às operadoras exclusivamente odontológicas em atividade no Brasil, através de questionários, análise de documentos das operadoras e entrevistas com informantes-chave.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil.

**Objetivos Secundários:**

1. Conhecer a perspectiva das operadoras sobre suas relações com a ANS, com os beneficiários e com seus prestadores; 2. Entender como se organiza a gestão nas operadoras investigadas e como esse processo interfere no modelo de atenção praticado; 3. Conhecer as práticas assistenciais em saúde bucal estimuladas pelas operadoras investigadas; 4. Analisar as deficiências e potencialidades do atual modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar; 5. Propor mudanças no modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar, a fim de que os princípios do SUS o conformem.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No Relatório de Pesquisa, registra-se que "A pesquisa não prevê riscos à saúde dos participantes, contudo, frente ao possível desconforto moral decorrente da presença da pesquisadora em campo e da apresentação pública das informações coletadas e dos resultados, alguns cuidados serão necessários". Ressalta-se a garantia do sigilo e do anonimato das operadoras participantes e dos sujeitos da pesquisa e detalha-se o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as duas etapas da pesquisa.

Quanto aos benefícios, consta no Relatório de Pesquisa: "Os resultados da pesquisa poderão ter benefícios diretos aos participantes no sentido de proporcionar um maior entendimento sobre o subsistema de saúde suplementar no qual estão inseridos. Em se tratando da gestão das operadoras, os resultados encontrados permitirão elucidar o modelo de atenção em saúde bucal praticado no segmento odontológico da saúde suplementar, podendo servir de subsídio no estabelecimento das relações com beneficiários e restadores, bem como para o planejamento de ações futuras. E finalmente, os benefícios se direcionam a população de beneficiários de planos odontológicos, pois a partir das propostas desta pesquisa buscar-se-á a melhoria das condições de saúde bucal da população, através do fortalecimento de políticas públicas reguladoras que busquem a qualidade e integralidade da atenção".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Quanto ao tipo de estudo, consta no Relatório de Pesquisa que é estudo de caso exploratório descritivo, com abordagem quanti/qualitativa. As unidades de análise serão as operadoras de planos da modalidade exclusivamente odontológica em atividade no Brasil, a partir dos dados divulgados pela ANS em junho de 2012. Será composta uma amostra com base no porte das operadoras, incluindo as de médio e grande porte, as quais respondem pela assistência de 74,1% dos beneficiários de planos odontológicos no país. Quanto à coleta de dados, na etapa quantitativa será enviado, a um representante de cada operadora de planos odontológicos incluída no cálculo da amostra, uma carta explicativa solicitando a autorização da operadora para a coleta de dados, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado ao representante que irá responder o questionário e o questionário para preenchimento. Na etapa qualitativa, serão selecionadas algumas operadoras para a análise de documentos e entrevistas com alguns representantes das mesmas, sendo novamente enviada uma carta pedindo a autorização da operadora e um novo TCLE, específico para esta etapa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi anexado na Plataforma Brasil um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900

**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



conforme as orientações do Parecer Consubstanciado. Ou seja, foi incluído no TCLE um espaço para a manifestação da anuência da instituição. Além disso, no texto do TCLE foi ressaltado que a decisão de participar ou não da pesquisa é do sujeito e não deve ser condicionada ou influenciada pela anuência da instituição.

Também foi apresentada a lista com o nome das 65 operadoras de planos odontológicos que serão objeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme exposto no Parecer, a pendência foi atendida. Recomenda-se, portanto, a aprovação do projeto "MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL" pelo Comitê de Ética.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 10 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Andréa Ferreira Delgado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-900

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-9206

**Fax:** (48)3721-9696

**E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

